الجامعة الإسلامية – غزة
عمادة الدراســات العليا
كــليـــــة التـــربيـــــة
قســــم علم النفـــــس



مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم

إعداد الباحثة
ابتسام أحمد أبو العمرين

إشراف
الدكتور / جميل الطهراوي

قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في قسم علم النفس بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة

2008 م
1429 هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ يا أيتها النفس المطمئنة ۞ ارجعي إلى ربك راضية

مرضية ۞ فادخلي في عبادي ۞ وادخلي جنتي ﴾

الفجــر (27 – 30)

شـــكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الخلق أجمعين، سيدنا محمد عليه أفضل الصلوات والتسليم.

في هذا المجال لا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى إدارة الجامعة الإسلامية وعمادة الدراسات العليا على منحي هذه الفرصة العظيمة لتكملة مسيرتي التعليمية في هذه الجامعة التي نعتز بها.

- كما أتقدم بالشكر والامتنان للدكتور جميل الطهراوي الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على هذه الرسالة ومنحني من وقته الغالي ولم يبخل علي بعلمه وبتعليماته وتوجيهاته التي كان لها الأثر البالغ في إنجاز هذه الرسالة.
- وأتقدم بالشكر الجزيل للدكتور عاطف الأغا على مراجعاته وتوجيهاته التي كان لها أثر كبير في إثراء هذه الرسالة.
- وأتقدم بالشكر والعرفان إلى جميع أساتذتي الأفاضل في الجامعة الإسلامية الذين تتلمذت على أيديهم.
- وأتقدم بالشكر الوافر للأستاذ عبد الرحيم شقورة على مساعدته الكبيرة وتوجيهاته في إنجاز هذا العمل.
- وأتقدم بالشكر إلى مدير دائرة التمريض ومدراء التمريض في كل من مجمع دار الشفاء الطبي ومجمع ناصر الطبي ومستشفى غزة الأوروبي.
- وأتقدم بالشكر إلى كل من قدم المساعدة والتشجيع لإنجاز هذه الرسالة

و جزاهم الله خير الجزاء.

إهـــــداء

إلى والدي ... ووالدتي

إلى زوجي الغالي

إلى أولادي الأعزاء

إلى ملائكة الرحمة

الفهـــــــرس

الفصـــل الأول

- مقدمة
- مشكلة الدراسة وتساؤلاتـها
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

الفصـــل الأول

مقدمة:

يعيش الناس في عالم متغير بكل ما فيه من مكونات وهذا يحتاج إلى التغير في كل مجالات الحياة، فالعلم من الأمور المهمة التي يحتاج إليها كل مجتمع ليصل إلـــى مرحلة الرقي والتطور، فهو بطبيعته مستمر ويعيش فـــي عـــالم متغيـــر، فالانفجـــار المعرفي والتطور العلمي الذي يشهده هذا الزمان يجعل الأمم تتسابق فيما بينها لتحتـــل مركزاً مرموقاً وذلك كله يحتاج إلى الصحة العامة الشاملة، حيث أنه لا يمكن التواصل مع العلم إلا في وجود الأفراد في مناخ صحي غير مضطرب، فقد انعكس أثر التطور العلمي على حياة الإنسان بشكل عام وفي مجال العمل بشكل خاص، وقـــد لـــوحظ أن ضغوط الحياة قد أصبحت من الظواهر الطبيعية التي تتطلب من الإنـــسان التعـــايش والتكيف معها، ومن أهداف الصحة النفسية أن يعيش الإنسان في استقلالية تامة لكـــي يحقق إمكانية التعلم الذي طالما يدفع المجتمعات في طريق التطور والرخـــاء، فـــالعلم والصحة النفسية كل يدفع باتجاه الآخر، نحن نتعلم لنحقق ذواتنا ولكي نغير في عالمنا المادي وغير المادي وامتثالاً لأمر الله جل جلاله.

وتسعي الصحة النفسية جاهدة إلى الوصول بالفرد للرضا والانسجام النفـــسي والاجتماعي والروحاني لتحقيق مستويات عالية من العلم والمعرفة، وبالتالي لا يمكـــن للعلم أن يحقق أهدافه بعيداً عن الصحة النفسية، ولا يمكن أن تتحقق أهداف الـــصحة النفسية بعيداً عن العلم والمعرفة.

وهناك الكثير من المهن لاسيما المهن ذات الطابع الإنساني كالتعليم والتمريض والطب والإرشاد تتعرض إلى معوقات تحول دون قيام الموظف بدوره المطلوب بشكل فاعل الأمر الذي يشعره بالعجز وعدم القدرة على أداء العمل بالمستوى الذي يتوقعـــه هو أو يتوقعه الآخرون (الطواب و آخرون،1999: 169).

و يرى سيزلاقي ووالاس (1991) أن الأداء الوظيفي عبارة عن "مجموعة من السلوكيات الإدارية ذات العلاقة المعبرة عن قيام الموظـــف بـــأداء مهامـــه، وتحمـــل مسئولياته، وهي تتضمن جودة الأداء، وكفاءة التنفيذ، والخبرة الفنيـــة المطلوبـــة فـــي الوظيفة، فضلاً عن الاتصال والتفاعل مع باقي أعضاء المؤسسة، وقبول مهام جديدة، والإبداع، والالتزام بالنواحي الإدارية في العمل، والسعي نحو الاســـتجابة لهـــا بكـــل

حرص وفاعلية. وتعتبر عملية تقويم الأداء من العمليات الإدارية الأساسية التي تقوم بها كل مؤسسة ناجحة ترغب في التطور المستمر نحو الأفضل، و يعرف تقييم الأداء بأنه عملية إصدار حكم على أداء وسلوك العاملين في العمل، ويترتب على إصدار الحكم قرارات تتعلق بالاحتفاظ بالعاملين، أو ترقيتهم، أو نقلهم إلى عمل آخر داخل المنظمة أو خارجها، أو تنزيل درجتهم المالية أو تدريبهم وتنميتهم (درة وبعيره، 1989). ويرى كل من بنكتون وإدوارد Pennington & Edward (2000) أن التقويم عملية تحفيزية تعمل على تشكيل خبرات التعليم التي تحفز العاملين لغرض تطوير أنفسهم وتحسين أدائهم.

وتعد مهنة التمريض من المهن التي تتضمن قدر غير قليل من المشقة أو الضغوط لكثرة المواقف التي لا يستطيع الممرض فيها تقديم أي خدمة أو مساندة سواء كان للمريض أو أقاربه (النيال، 1991: 110)، فالتمريض يمثل قطاعاً حيوياً هاماً في مجتمعاتنا حيث تشكل هيئة التمريض الفئة العظمى من العاملين في المجال الصحي في القطاعين الحكومي والخاص (السباعي 1975: 123)، وطبيعة العمل في المجال التمريضي تتصف بمجموعة من العلاقات المتشابكة التي تؤثر في تحقيق التوافق النفسي والرضا المهني وكلما كان التوافق والرضا مع المهنة مرتفعاً كلما كان الأداء والعطاء والنجاح في العمل متميز(الكردي، 1996: 313).

وهناك بعض المشكلات التي يواجهها العاملون في مهنة التمريض فمنها النظرة الاستعلائية للآخرين عليهم وعدم الثقة بجهودهم وعدم اعتراف عدد من الأطباء بالمستوى العلمي والثقافي للممرضين وتصورهم أن طبيعة عمل الممرض تقتصر على تضميد الجروح وحقن الإبر وتقديم الطعام والدواء للمريض (خزاعلة، 1997: 221)، فكل هذا يؤدى إلى عدم الانسجام واختلال مستوى الصحة النفسية الذي بدوره قد يؤدى إلى انخفاض في مستوى الإنتاجية والأداء في العمل.

وبالرغم من وجود بعض الدراسات التي تناولت بعض جوانب الصحة النفسية إلا أن تلك الدراسات كانت قليلة جداً في مجتمعنا المحلي مثل دراسة الشافعي (2002) التي تناولت التوافق المهني لدى الممرضين، ودراسة شقورة (2002) التي تناولت التوافق الدراسي لدى طلبة كليات التمريض، ودراسة أبو حمد (2000) التي تناولت

الرضا الوظيفي لدى الممرضين في محافظات غزة ودراسة أبو حمد (1997) التي تناولت الرضا الوظيفي لدى مرشدي التمريض.

والمجتمع الفلسطيني يعيش في ظروف خاصة وأوضاع صعبة لم يعهدها مجتمع من قبل حيث الاحتلال الإسرائيلي الذي لا يعرف لله طريقاً في حق الشعب الفلسطيني، فقتل ودمر وشرد وقطع الأوصال، فتناثرت الصحة النفسية لهذا الشعب وأصبحت غير سوية بسبب الاجتياح المتكرر للأراضي الفلسطينية والحصار الظالم الذي طال كل مناحي الحياة، حيث انعكس ذلك على جميع أطياف المجتمع في المستويات المهنية فالمعلم، الأب، الأم، الطبيب، المهندس، والممرض الذي يقع على عاتقه مسئولية تقديم الخدمة الدافئة والرعاية الحانية، كل هؤلاء تأثرت صحتهم النفسية بالضغوطات الحياتية التي يحياها الشعب الفلسطيني كل يوم، وبالرغم من ذلك يسعى الجميع إلى تطوير قدراته للتكيف مع هذه الضغوطات.

وحيث أن شريحة التمريض تمثل ركناً أساسياً في النظام الصحي كما أنها تمثل العدد الأكبر من موظفي وزارة الصحة، فنرى من الواجب إعطائها حقها في البحث والدراسة من أجل التعرف أكثر على إيجابيات وسلبيات تلك الشريحة من أجل الرقي بتلك المهنة والعاملين فيها.

الإحساس بالمشكلة:

تولد الإحساس بالمشكلة من خلال عمل الباحثة في مهنة التمريض، ومعايشة همومهم ومعاناتهم والضغوط المهنية المباشرة والغير مباشرة التي يتعرضون لها، مما شجع على إجراء هذه الدراسة بهدف التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات وعلاقة ذلك بأدائهم الوظيفي وبالتالي قد يبين ذلك مدى تأثر المرضى ومتلقي الخدمة بتلك المستويات ومن ثم العمل على تعديل الخلل إن وجد.

مشكلة الدراسة:

تبرز مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي :

ما العلاقة بين مستوى الصحة النفسية ومستوى أداء الممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة؟

ويتفرع من التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة؟
2. ما مستوى الأداء المهني لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لعامل الجنس (ذكور – إناث)؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لعامل المؤهل العلمي (دبلوم، بكالوريوس، ماجستير)؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير القسم (أقسام عادية وأقسام ساخنة)؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس

الصحة النفسية تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة (7 سنوات فأقل، 8 – 14 سنة، 15 سنة فأكثر)؟

7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي (1500 شيكل فأقل، 1600 – 2500 شيكل، 2600 شيكل فأكثر)؟

أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة المستوى العام للصحة النفسية لدى الممرضات و الممرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية في محفظات غزة، كما تهدف إلى التعرف على التباين والاختلاف في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات تبعاً لمتغير (الجنس، المؤهل العلمي، القسم الذي يعمل به، عدد سنوات الخبرة، والمستوى الاقتصادي)، كما تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين مستوى الصحة النفسية والأداء المهني لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

1. تستهدف هذه الدراسة شريحة مهنية هامة يقع على عاتقها عبء كبير في تقديم العناية الصحية لطبقات المجتمع المختلفة في ظل الظروف الخاصة التي يعيشها قطاع غزة والمتمثلة في الحصار الظالم والاجتياح المتكرر والاغتيالات والإصابات اليومية للمدنيين.
2. إلقاء الضوء على شريحة هامة من شرائح المجتمع لم تلاق الاهتمام الكافي من قبل الباحثين في العالم العربي بشكل عام وفي فلسطين على وجه الخصوص.
3. هذه الدراسة ميدانية قد تفيد في تحسين مستوى الصحة النفسية للممرضين بمستشفيات غزة.

4. قد تفيد هذه الدراسة بالارتقاء بالعمل الصحي حيث أن ذلك قد ينعكس على المريض وعلى المجتمع ككل.
5. قد تفيد هذه الدراسة في تحسين وتسويق الخدمة التمريضية.
6. قد تفيد هذه الدراسة بإثراء المكتبات الفلسطينية بموضوعات عن مهنة التمريض.
7. قد تفيد هذه الدراسة كليات ومعاهد التمريض في وضع الشروط والأسس الأكثر موضوعية في طرق اختيار الممرضين المتمتعين بقدر عالي من الصحة النفسية.

مصطلحات الدراسة:

1. الصحة النفسية:

يعرفها القوصي (1970) بأنها "التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية" (عبد الغفار، 2001: 21).

ويعرفها حامد زهران (1979: 20) "بأنها حالة دائمة نسبياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع البيئة ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكن قادراً على تحقيق ذاته و استغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصية متكاملة سوية ويكون سلوكه عادياً يعيش في سلام وآمان

وتعرفها الباحثة إجرائيا بأنها "شعور الممرض / الممرضة بالسعادة والرضا والانسجام مع الذات والآخرين ليكون متوافق مع مهنته ومطالب عمله المتغيرة ومع مجتمعه ومع أسرته ومع ذاته ".

2. الأداء:

تعرفه الباحثة إجرائياً بأنه "النشاط المبني على أسس علمية ومهنية الذي يقوم به الممرض / الممرضة تجاه المرضى والذي يهدف إلى الانتقال بالمريض من حالة المرض والاعتماد على الغير إلى أفضل حالات ممكنة من الصحة والاستقلال"

3. الممرض:

ذلك الشخص الذي يقوم بتقديم الخدمات التمريضية سواء أكان هذا الشخص قد أكمل دراسة التمريض في كلية متوسطة أو جامعة أو تدرب على تقديم الخدمات التمريضية أثناء عمله في أحد المستشفيات أو المراكز الصحية ،وبناءاً عليه فان الممرض هو ذلك الشخص الذي يسمح له بتقديم خدمات تمريضية تهدف إلى إقامة الصحة والعناية بالمريض(خزاعلة، 1997: 223).

4. التمريض:

خدمة وطريقة لتقديم المساعدة للبشر وليس سلعة مادية. وتشتق مهنة التمريض من الأعمال التي يتم اختيارها عمداً من قبل الممرضات والقيام بها من أجل مساعدة الأفراد أو المجموعات وتعطى اهتماما خاصا لحاجات الأفراد والعناية الذاتية وتتكفل بذلك بشكل مستمر من أجل المحافظة على الحياة والصحة والشفاء من الأمراض والإصابات ومن اجل التعامل مع المؤثرات (شاهين، 1990 : 32).

5. المستشفيات الحكومية :

هي المستشفيات التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية إداريا ومالياً وفنياً، وتقدم الخدمات الصحية مجاناً لجميع أفراد المجتمع الذين يحملون بطاقة تأمين صحي سارية المفعول.

6. الأقسام الساخنة:

هي الأقسام الداخلية التي تقدم عناية صحية مميزة ويعتبر نزلائها من المرضى ذوي الوضع الصحي الحرج مثل أقسام العناية المركزة، وحدة القلب، الطوارئ.

7. الأقسام العادية:

هي الأقسام الداخلية التي يتم فيها معالجة المرضى الذي يعتبر وضعهم الصحي ثابت نسبياً أو أقل حدة مثل أقسام الجراحة بتخصصاتها المختلفة، والباطنة، والرعاية اليومية.

حدود الدراسة: استخدمت الباحثة حدود الدراسة كما يلي:

1- ***الحد البشري:*** أجريت هذه الدراسة على الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية الرئيسة بمحافظات غزة وهي "مجمع الشفاء الطبي

بغزة، مجمع ناصر الطبي بخانيونس، ومستشفى غزة الأوروبي".

*2- **الحد الزماني:*** تم إجراء هذه الدراسة في العام2007- 2008.

*3- **الحد المكاني:*** تتحدد الدراسة بحدها المكاني حيث تم إجرائها في محافظات غزة.

*4- **الحد الموضوعي:*** تتحدد هذه الدراسة بدراسة مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقتهـا بمـستوى أدائهم.

الفصـــل الثانـي

الإطـــار النظري

- المبحث الأول: الصحة النفسية
- المبحث الثاني: الأداء المهني
- المبحث الثالث: التمريض

الفصـــل الثاني

الإطـــار النظري

المبحث الأول - الصحة النفسية

أولاً: مفهوم الصحة النفسية

يختلف الكثير من العاملين في مجال الصحة النفسية في تحديد تعريـــف دقيـــق لمفهوم الصحة النفسية وذلك باختلاف مذاهبهم الفكرية واختلاف نظرتهم إلى طبيعـــة الإنسان وكيفية تكون شخصيته، ومن أجل فهم موضوع الصحة النفسية بشكل أشـــمل فسوف يتم النظر إلى ذلك المفهوم من عدة جوانب أهمها:

1. المفهوم الفلسفي:

ما يزال مفهوم الصحة النفسية غامضاً ويثير الكثير من الجدل وذلك لأن هـــذا المفهوم يستند لمسلمة فلسفية قوامها المغايرة بين الجسد والعقل، وفـــي إطـــار هـــذه المسلمة الفلسفية نجد العديد من الآراء المختلفة التي ناقشت مفهوم الـــصحة النفـــسية ومنها: العبيدي (1999: 56) عرفها بأنها "الشخصية بين السواء والمرض وذلك لأن مفهوم الشخصية لا يضطرب إلا باضطراب مفهوم الصحة النفسية" ويرى القوصـــي (1962: 22) أن مفهوم الصحة النفسية يعبر عن التوافق أو التكامل بـــين الوظـــائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ عادة على الإنسان ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية، ويؤكد القوصي أيضاً أن خلو المـــرء مـــن النزاع وما يترتب عليه من توتر نفسي وتردد وقدرته على حسم النزاع حال وقوعـــه هو الشرط الأساسي للصحة النفسية، ويذكر مفاريوس (1974) أن مفهـــوم الـــصحة النفسية يتمثل بمدى النضج الانفعالي والاجتماعي أو مدى توافق الفـــرد مـــع نفـــسه والمجتمع. وترى جاهودا Jahoda (1958) أن مفهوم الصحة النفسية مفهوم بـــسيط يصف الشخص الصحيح نسبياً بأنه الشخص الذي يسيطر على بيئته بطريقة إيجابيـــة نشطة تتضح فيها وحدة اتساق الشخصية، ويدرك نفسه والعالم الذي حولـــه بطريقـــة واقعية ويستطيع أن يوظف قدراته بفاعلية دون الاعتماد كثيراً علـــى الآخـــرين، وأن الشخص الصحيح نفسياً لا بد أن تتوافر فيه الصفات التالية: تحقيق الذات والاســـتثمار

في الحياة، الاتجاهات الإيجابية نحو الذات، مقاومة الضغوط، الاستقلال، وإدراك الواقع (غريب، 1999: 83).

2. المفهوم الطبي:

يتناول المفهوم الطبي الصحة النفسية من جانبين:

أ. أن الصحة النفسية قد قيست على أساس الصحة الجسمية وحلت كلمة النفسية محل الجسمية، وكلما عرفت الصحة النفسية بأنها خلو الفرد من الأمراض الجسمية فهمت الصحة النفسية كذلك على أنها خلو الفرد من الأمراض العقلية والنفسية وفي ضوء السلوك اللاسوي.

ب. وهي التركيز على الفرد، فهو المسند إليه دائماً في صورة الفاعل.

3. المفهوم الأيكلوجي:

الأيكلوجيا فرع من البيولوجيا الذي يتناول علاقات الكائنات العضوية، وفي حالة الأيكلوجيا الإنسانية فتعني دراسة النواحي الخاصة في علاقات تعايش الكائنات البشرية مع نظمها الإنسانية، وقد ظهر هذا المفهوم عقب التغيرات التي ظهرت على المفهوم الطبي للصحة النفسية، ويستند هذا المفهوم على ثلاث مسلمات هي:

1. أن الوحدة الأساسية لتحليل السلوك يجب أن تكون النظام الكلي المعقد الذي يحدث التفاعل بين الفرد والبيئة.
2. أن سلوك البشر يجب أن يفهم على أنه يحدث في سياق طبيعي.
3. أن أنسب المداخل وأهمها فائدة في ملاحظة السلوك اللاسوي والمرض النفسي هي البيئة الطبيعية التي يقع فيها السلوك المنحرف والمرض النفسي.

ومن مميزات المفهوم الأيكلوجي التي تميزه عن المفهوم الطبي ما يلي:

أ. المفهوم الأيكلوجي لا ينظر إلى المرض النفسي على أنه نتيجة لأسلوب غير متلائم للشخصية بل إنه ناشئ نتيجة لتعرض الأفراد إلى سلسلة من المشكلات الحياتية والأحداث الموقفية التي لا تحتمل الإهمال وترك أمرها للصدفة بل تتطلب حلولاً عملية وسريعة.

ب. المفهوم الأيكلوجي يؤكد أن الصحة النفسية للجميع وهذا يعني إيجاد أساليب تساعد أفراد المجتمع على حل المشكلات الحياتية اليومية حلاً عملياً وسريعاً.

ت. الصعوبات النفسية التي يعاني منها الأفراد سواء في تشخيصها أو علاجها لا تنسب إلى عمليات وصراعات داخل النفس على النحو الذي عرض في المفهوم الفلسفي والمفهوم الطبي، بل إن المفهوم الأيكلوجي ينظر في تشخيصه وعلاجه للأمراض النفسية إلى عدة متغيرات يمكن أن تؤثر في أداء وظائف الفرد العقلية والنفسية والاجتماعية (الداهري والعبيدي، 1999: 56 - 60).

ثانياً: تعريف الصحة النفسية

ليس من السهولة بمكان وضع تعريف محدد للصحة النفسية لأن ذلك يتطلب تحديد ماهية النفس، فالصحة النفسية تكوين فرضي يمكن التعرف عليه من خلال بعض الظواهر الإنسانية التي تخص سلوك الإنسان وشخصيته. ولقد تعددت وتنوعت تعريفات العلماء والباحثين للصحة النفسية، فما من نظرية أو مذهب أو مدرسة في علم النفس إلا وافترض تعريفاً للصحة النفسية، ويمكن إجمال التعريفات المقترحة للصحة النفسية في فئتين رئيستين هما: فئة التعريفات السلبية وفئة التعريفات الإيجابية.

أ. فئة التعريفات السلبية

تضم هذه الفئة جميع التعريفات التي تحدد الصحة النفسية بضدها، أي عن طريق استبعاد كل ما لا يتفق معها، و يعرف مصطفى فهمي (1976) الصحة النفسية "بالخلو أو البرء من أعراض المرض العقلي". فهذه الفئة تنظر إلى الصحة النفسية بانتفاء حالة المرض، فإذا كانت حالة المرض موجودة كانت الصحة النفسية مصابة، وهنا نتحدث عنها بلغة المرض، وإن كانت غير موجودة كانت الصحة النفسية حسنة وسليمة، ونتحدث عنها عندئذٍ بلغة الصحة، وعلى الرغم من قبول هذا التعريف في ميادين الطب العقلي إلا أنه تعرض للكثير من الانتقادات كما يبين (القوصي، 1962) بأن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من المرض، كما أن هذا التعريف للصحة النفسية مفهوم ضيق محدود لأنه يعتمد على حالة السلب أو النفي، فهو يقتصر على جانب واحد من جوانب الصحة النفسية، فخلو الفرد من أعراض المرض العقلي أو النفسي شرط أساسي للصحة النفسية لكنه يعد شرطاً ناقصاً غير كامل للدلالة على الصحة النفسية (غريب، 1999: 77).

إن انتفاء الأعراض لا يعني انتفاء الأمراض، فقد تكون العوامل المرضية ما تزال في حالة اعتمال وتفريخ لم تبلغ بعد الظهور الصريح، فهناك بعض الأمــراض النفــسية يكون فيها المريض مستنفر داخلياً ولا سوي ولكنه خارجياً يبدو متماســك ومنــسجم، لذلك لا نستطيع أن نلاحظ معاناته أو صراعاته.

يتضح مما سبق أن هذا التعريف لا يشمل جميع مستويات وحالات الــصحة النفــسية، فهو يحدد صفات أو خصائص أو شروط إيجابية للدلالة على الصحة النفــسية بحيــث يمكن من خلالها معرفة مدى تمتع الفرد بالصحة النفسية، فقد نجد فــرداً خاليــاً مــن أعراض المرض النفسي أو العقلي لكنه مع ذلك غير ناجح في حياته وعلاقاته بغيــره من الناس سواء في العمل أو في الحياة الاجتماعية، فعلاقاته تتسم بالاضطراب وسوء التوافق، ومثل هذا الشخص يوصف بأنه لا يتمتع بصحة نفسية سليمة على الرغم من خلوه من أعراض المرض العقلي أو النفسي. وهناك الكثير من الناس مــن نعتبــرهم أسوياء لكنهم يشعرون بمعاناة شديدة لا تمكنهم من التمتع بالحياة بينمــا يوجــد لــدى الآخرون بعض المشاكل والأعراض التي تجعلهم يظهرون كما لو كانوا مرضى ولكن الحقيقة عكس ذلك.

إن حدة التعريفات لا تأخذ بعين الاعتبار الظروف التاريخية والــسياسية والاجتماعيــة المحيطة بالفرد أو بالجماعة، حيث يمر بعض الأفراد والمجتمعات أحياناً بظروف غير عادية كالاحتلال والاستعمار وهذه الظروف تؤدي إلى ردود فعل غير ســوية وإلــى اختلال في الصحة النفسية وفقاً لهذه الفئة من التعريفات، إلا أنــه وفقــاً للعديــد مــن نظريات علم النفس الأخرى تعد ردود الأفعال هذه سوية وصحية (غريب، 1999: 76 – 78)

ب. *فئة التعريفات الإيجابية*

يمكن القول أن غياب المرض أو الأعراض النفسية ليس كافياً لكــي يتــصف الفرد بأنه يتمتع بصحة نفسية، ومن ثم فإن أصحاب هذه الفئة يذهبون إلــى ضــرورة توافر عناصر وشروط إيجابية بالإضافة إلى غياب العناصر السلبية لدى الفرد حتــى يتصف بالصحة النفسية، فهم يتفقون على صحة مــا ذهــب إليــه مننجــر (1945)

Menninger من أن "الصحة النفسية الكاملة مثل أعلى نسعى كلنا نحوه ، وإلى تحقيقه، ونصل إليه أحياناً ولا نصل إليه أحياناً أخرى" (أبو هين، 1998: 11).

قبل التطرق إلى بعض تلك التعريفات التي اتخذت اتجاهاً إيجابياً في تعريف الصحة النفسية لا بد من الإشارة بأن تلك التعريفات نهجت نهجاً وصفياً عاماً، أي لم تنطلق من إطار نظري محدد في دراسة الشخصية بصورة شاملة وبالتالي تختلف هذه التعريفات باختلاف من يعرفها والإطار المرجعي الذي ينطلق منه، لذلك نرى أن البعض منها يستخدم مفهوم التوافق ويستخدم البعض الآخر مفهوم التكيف ومفهوم التكامل.

تعريف مننجر (1945) Menninger حيث يعرف الصحة النفسية بأنها "قدرة الفرد على التكيف مع العالم من ناحية ومع الآخرين من حوله من الناحية الأخرى بأعلى قدر من الفاعلية والسعادة، فهي ليست مجرد الإحساس بالكفاية أو الرضا أو القناعة بتنفيذ ما يملى عليه من التعليمات والأوامر بصدر رحب ولكنها كل هذه الأمور مجتمعة" في حين يرى أبو هين (1998: 11) بأن الصحة النفسية "حالة ومستوى فاعلية الفرد الاجتماعية وما تؤدي إليه من إشباع لحاجات الفرد، فالصحة النفسية هنا هي حالة الفرد التي تحدد فاعليته الاجتماعية"، أما جوود (1973) Good فينظر إلى الصحة النفسية على أنها "صحة العقل المناظرة لصحة الجسم المتضمنة في الصحة الفيزيقية" وامتد المصطلح في الاستخدام الحديث ليشمل تكامل الشخصية. أما وولمان (1974) Wolman فيعرف الصحة النفسية بأنها "حالة من التوافق الجيد نسبياً ومشاعر الخير وتحقيق إمكانات وقدرات الفرد" (غريب، 1999: 55) ويعتبر مورجان و كنج (1975) Morgan & King الصحة النفسية بأنها "مصطلح عام يشير إلى التوافق الشخصي المتحرر نسبياً من الأعراض العصابية والذهانية" في حين يذهب جولدن صن (1984) Golden Son إلى اعتبار الصحة النفسية "حالة تتميز بوجود الأنا في حالة وجدانية طيبة وتحرر نسبي من القلق وأعراض العجز، والقدرة على إقامة علاقات بناءة والتوافق مع المتطلبات المادية وضغوط الحياة" ويشير ريبر (1995) Reber إلى أن مصطلح الصحة النفسية يستخدم بصورة عامة وذلك للدلالة على الشخص الذي يؤدي وظائفه بمستوى عالٍ من التكيف والتوافق السلوكي والانفعالي وليس للإشارة إلى غياب المرض العقلي فحسب"، ويعرفها العزة (2004:

48) بأنها "حالة يفهم فيها الفرد نفسه من جميع النواحي مثل دافعه لتقدير ذاته وهويته وسعيه نحو النمو وتنمية قدراته وتحقيق ذاته بقدر ما يستطيع، ومحافظته على وحدة شخصيته وتماسكها وتحكم الفرد في ذاته ومواجهته الظروف المحيطة به واتخاذ قراراته المتصلة بحياته ضمن الظروف البيئية التي يعيشها والعمل على تنفيذ هذه القرارات" ويعرفها القوصي (1970) بأنها "التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية (عبد الغفار، 2001: 21) بينما نجد أن جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (1992) يعرفان علم الصحة النفسية بوصفه مدخل عام يهدف إلى الحفاظ على الصحة العقلية، ويقي من الاضطراب العقلي من خلال وسائل مثل البرامج التربوية وترقية الحياة الانفعالية والأسرية الثابتة والمستقرة والخدمات العلاجية والوقائية المبكرة وإجراءات الصحة العامة (غريب، 2001: 55) ويرى أبو هين الصحة النفسية بأنها "مفهوم مجرد يشير إلى التوازن والتكامل المتجدد والنشط للوظائف النفسية والعقلية للفرد، وتجعل الفرد يسلك سلوكاً اجتماعياً مقبولاً من الفرد ذاته ومن المجتمع المحيط، وأن يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والنجاح وتقبل الذات" (أبو هين، 1997: 21) ويعرف حامد زهران (1979: 20) الصحة النفسية "بأنها حالة دائمة نسبياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع البيئة ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكن قادراً على تحقيق ذاته و استغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصية متكاملة سوية ويكون سلوكه عادياً يعيش في سلام وآمان.

ت: تعريفات أصحاب المدارس والاتجاهات الرئيسة

1. ***التحليل النفسي:*** مؤلفها سيجموند فرويد Freud وتركز هذه النظرية على الخبرات في مرحلة الطفولة.

في بداية التحليل النفسي كان مفهوم الصحة النفسية يعرف باعتباره نقيضاً للمرض، فكان يعني مجرد غياب الأعراض ثم أصبح يعني غياب أنواع الصرع اللاشعوري المعطلة لإمكانات الفرد في قطاعي الإنجاز والحب الناضج بحيث يمكن تعريف الصحة النفسية بحسب فرويد بأنها "القدرة على الحب والعمل، الحب بشقيه -

الشهوي والحنون – والاستمتاع بالعمل الخلاق. فالصحة النفسية وفقاً للتحليل النفسي ليس نفياً وإلغاءً لما هو طفلي أو لا شعوري وليس امتثالاً سلبياً لواقع جامد، بل هو تفاعل دينامي خلاق بين هذه المكونات جميعها. ويعرف فرويد الصحة النفسية بقوله "أينما يتواجد الهو تتواجد الأنا"، وتحرص هذه النظرية على متطلبات الواقع الاجتماعي الذي يعمل على التوافق بين عناصر الشخصية الثلاثة الهو والأنا والأعلى (ربيع، 2000: 42 – 48).

2. ***الاتجاه السلوكي:*** من روادها ثورنديك، وطسون، بافلوف، وسكنر

تعرف المدرسة السلوكية الصحة النفسية "بأن يأتي الفرد السلوك المناسب في كل موقف حسب ما تحدده الثقافة والبيئة التي يعيش في كنفها". فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد النفسية مجك اجتماعي، فالسلوكية تعتبر البيئة المنزلة الأولى وتعتبرها من أهم العوامل التي تعمل على تكوين الشخصية (عبد الغفار، 2001: 33 – 46)

3. ***الاتجاه الإنساني***: ويعد كل من كارل روجرز وابراهام ماسلو من أشهر رواد هذا الاتجاه.

الصحة النفسية كما يراها ماسلو(1908 – 1970) Maslow " هي تحقيق الذات ويذهب ماسلو إلى أن صاحب الشخصية السوية يتميز بخصائص معينة بالقياس إلى غير السوي، ويعتقد أنه إذا اقتصرت دراسة الأخصائيين النفسيين على العجزة والعصابيين ومتخلفي النمو فإنهم بالضرورة سيقدمون علماً عاجزاً، ولكي يمكن نمو علم للإنسان أكثر اكتمالاً وشمولاً يصبح حتماً على علماء النفس دراسة الذين حققوا إمكاناتهم إلى أقصى مداها، حيث قام ماسلو بدراسة مجموعة من الأشخاص حققوا ذواتهم، فقد اختار الطريقة المباشرة فدرس الأصحاء من الناس الذين تتجلى وحدة شخصياتهم وكليتها بوضوح أكثر بوصفهم أشخاصاً حققوا ذواتهم (أبو نجيلة، وأبو اسحاق، 1997: 23 – 25).

خلاصة القول أن تعريفات أصحاب المدارس المختلفة لا تتعارض فيما بينها من حيث تعريفها للصحة النفسية ولا تتعارض أيضاً مع التعريفات العامة والقاسم المشترك الذي يجمع بين هذه التعريفات جميعاً من الناحية العملية يبدو في الاتفاق على ثلاث نقاط رئيسة هي: أن الصحة النفسية ليست مرادفاً للاطمئنان أو سلامة العقل،

وهي ليست غياب الصراعات الانفعالية والوجدانية، ولا تعني أيضاً التكيف والتوافـق بمعنى المسايرة والتمسك بالتقاليد، ولكن الخلاف الحاد ينشب إذا انتقل الحديث والنقاش من تعريف الصحة النفسية والشخصية السوية إلى ديناميتهـا والعوامـل والمحـددات الفاعلة.

أما المحاولة التي قامت بها ماري جـاهودا (1958) Marie Jahoda تعتبـر أفضل محاولة تلخص التعريفات الرئيسة المعاصرة والجدل الدائر حولها، فالمحكـات التي استخدمتها جاهودا في تعريف الصحة النفسية من أكثر المحكات شمولية وتلخيصاً لتعددية المحكات، وقد اعتبرت جاهودا أن بعض المحكات غير ملائمة وبالتالي قامـت باستبعادها لعدم وفائها بمتطلبات البحث، "فغياب المرض" على سبيل المثال تم استبعاده كمحك ولا يكمن السبب في ذلك لصعوبة تحديد المرض فحسب ولكن يكمـن فـي أن الاستخدام الشائع لمصطلح الصحة النفسية لا يتضمن أمراً يفوق مجرد غيـاب صـفة الصحة السلبية، كما تم استبعاد "السواء الإحصائي" على أساس أن هذا المصطلح غير محدد وخالٍ من المحتوى، كما تم أيضاً استبعاد كل من "السعادة والرفاهيـة" لأنهمـا يتضمنان ظروفاً خارجية بالإضافة إلى الوظائف الخارجية. وقد قامت جاهودا بتلخيص ما اعتبرتها المجموعة المقبولة من المحكات والتي تصلح للاستخدام الحالي، وتتمثـل هذه المحكات في الاتجاهات نحو الذات وتحقيق الذات والاستقلالية والتحكم البيئي.

يشوب هذا العرض الذي قدمته جاهودا بعض الصعوبات وذلك بسبب كونـه عرضاً تلخيصياً وليس محاولة لدمج المحكات المستخدمة في تعريف الصحة النفـسية، وقد أدركت جاهودا هذا الأمر وناقشت بعضاً من تلك الصعوبات حيث يوجد تـداخل بين المحكات وتتميز العلاقات بينها بالغموض بعض الشيء، ولم تحاول جاهودا وضع حل لمثل هذه الصعوبات وقد اعترفت باستحالة التوصل إلى تعريف صحيح ويرجـع ذلك إلى طبيعة القيم التي تكمن خلف هذه التعريفات المطروحة ولأن المفهـوم نفـسه يستخدم لأغراض مختلفة، ويتناول تحليل جاهودا للصحة النفسية كمفهوم المشاكل التي تعترض الباحث التجريبي (أبو نجيلة، 2001: 8- 12).

هذه بعض تعريفات الصحة النفسية، فهي لا تختلف كثيراً عن بعضها الـبعض بل هي أقرب إلى أن يكمل بعضها بعضاً بحيث يمكن استخلاص تعريف يقـوم علـى التوليف بينها ويمكن التحقق منه بصورة تجريبية.

الصحة النفسية مفهوم يشير إلى تحرر الشخص نسبياً من القلق وأعراض العجز مثل مشاعر التوتر العنيفة والاكتئاب، كما يشير إلى قدرة الفرد على إقامة علاقات بناءة مع ذاته ومع الآخرين والواقع وإلى قدرته على تحمل ضغوط الحياة ومواكبة متطلباتها المتغيرة.

ث: التعريف التمريضي للصحة النفسية

الصحة النفسية هي "عملية توافق بين عناصر الفرد النفسية والجسدية والعقلية والاجتماعية والروحية التي تتضمن القدرة على الحد من الضغوط النفسية وتقبل الذات وحل المشكلات النفسية" كما يمكن تعريفها بأنها "حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل والجسم وليست مجرد غياب أو الخلو من أعراض المرض النفسي" وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) الصحة النفسية بأنها "حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد عدم وجود المرض" (العزة، 2004: 50)

ثالثاً: نسبية الصحة النفسية

لا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي، كذلك لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي، والصحة النفسية شبيهة في ذلك بالصحة الجسمية، فالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة لا يكاد يكون له وجود ولكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تميز حالة المرض عن حالة الصحة، كذلك التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة أمر لا يكاد يكون له وجود، ودرجة اختلال هذا التوافق هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها. (القوصي، 1952: 10) و مفهوم الصحة النفسية مفهوم نظري مثالي أو هو كما يقال خرافة، فليس هناك كائن بشري بغير صراعات وشيء من الانحرافات، ويتضح ذلك عند تصنيف الناس إلى أصحاء معافين وإلى معوقين، وذلك أن كلاً منا معوق بشكل أو بآخر، فما من أحد منا يستطيع كل شيء، وما من أحد لا يستطيع شيئاً (أبو اسحاق وأبو نجيلة، 1997: 25).

وسنتعرض لنسبية الصحة النفسية من عدة نواحي:

أ: **الناحية الفردية Individual Aspect**

الصحة والمرض، السواء واللاسواء، مفهومان نسبيان حيث لا يمكن فهم الواحد إلا بالقياس إلى الآخر من جهة، ومن جهة أخرى ليس هناك خط فاصل بين المرضى

والأسوياء، فتقسيم الناس إلى فئتين (أسوياء في مقابل المرضى) أمر لم يعد مقبولاً اليوم وذلك لاعتبارين:

الاعتبار الأول: ليس هناك حد أقصى أو نهائي للصحة النفسية

الاعتبار الثاني: المضطربون يختلفون في درجة الاضطراب، فالاضطراب يبدأ من المشكلات السلوكية وينتهي إلى الاضطرابات الذهانية الكبرى.

ولقد بينت نتائج العديد من البحوث أن الفروق بين الأصحاء والمرضى فروق كمية وليست كيفية، فروق في الدرجة لا في النوع، فالصحة النفسية بعد يتوزع عليه الناس في صورة خط مستقيم متخذ شكل متصل تتفاوت درجاته كما هو الحال بالنسبة للصحة الجسمية، فكما أن هناك نسبية في الصحة الجسدية، فهناك أيضاً نسبية في الصحة النفسية، أيضاً هناك أصحاء أقرب إلى المرض وهناك مرضى أقرب إلى الصحة، كما أنه ليس هناك من هو في مرض كامل أو في صحة كاملة.

ب: الناحية الاجتماعية Social Aspect

مفهوم الصحة النفسية يحدد من خلال العادات والتقاليد والقيم والمعتقدات السائدة في المجتمع، فالمجتمعات تختلف عن بعضها البعض ومن ثم فإن مظاهر السلوك وأشكاله المعبرة عن الصحة النفسية حتماً مختلفة من مجتمع لآخر طالما أن هذه المجتمعات مختلفة ثقافياً وقيمياً، فالسلوك الذي يبدو غير سوي في ثقافة ما قد يكون مقبولاً تماماً في غيرها من الثقافات، مثال ذلك إقامة علاقة بين صبي وفتاة يعتبر علامة صحة في مجتمع يؤدي غيابها إلى القلق وطلب العلاج والتدخل من جانب الطب النفسي، بينما يعتبر ظهورها كارثة وعلامة من علامات الانحراف في مجتمع آخر. فالنسبية الثقافية تتضح هنا، فليس هناك سواء مطلق أو لا سواء مطلق.

ت: الناحية التاريخية Historical Aspect

يتحدد السلوك الدال على الصحة النفسية وفقاً لعدد من المتغيرات ومن هذه المتغيرات الزمان الذي حدث فيه السلوك، فما هو سوي اليوم لم يكن كذلك بالأمس وقد لا يكون كذلك في الغد، وما كان شاذاً وغير صحي بالأمس لا يعد كذلك اليوم والعكس صحيح، والأمثلة عديدة ومتنوعة ومنها قيام أحد الأساتذة الأمريكيين بفصل طالبة جامعية منذ خمسون عاماً بسبب إصرارها على التدخين داخل قاعة المحاضرة وذلك

لإتيان هذه الطالبة سلوكاً مخالفاً للمألوف، والطريف أن نفس الجامعة فصلت هذا الأستاذ نفسه بعد ثلاثون عاماً وقد أصبح عميداً فيها بسبب إصراره على منع الطالبات من التدخين وهو أمر اعتبرته الجامعة تدخلاً غير مألوف في حريات الطلاب الشخصية (أبو اسحاق وأبو نجيلة، 1997: 25 – 27).

رابعاً: معايير الصحة النفسية

تتحدد معايير الصحة النفسية بنمط ما يدور في واقع الأفراد وما يواجههم من ضغوطات، وتتحدد بمدى غياب عناصر الشعور بالأمن المادي والاقتصادي والاجتماعي، فالصحة النفسية نمط إنساني اجتماعي يرتبط بوجود الإنسان وواقعه، **ومن معايير قياس الصحة النفسية ما يلي:**

1. المعيار الإحصائي: Statistical Criterion

أي ظاهرة نفسية عند قياسها إحصائياً تتوزع وفقاً للتوزيع الإعتدالي، بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة (أعلى من المتوسط) ودرجات منخفضة (أقل من المتوسط)، وبهذا المعنى تصبح السوية هي المتوسط الحسابي للظاهرة في حين يشير الانحراف إلى طرفي المنحنى إلى اللاسوية، فالشخص اللاسوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع الإعتدالي.

ومن المآخذ على هذا المعيار أنه قد يصلح عند الحديث عن الناس العاديين من حيث الصفات الجسمية مثل الطول والوزن، بينما لا يصلح هذا المعيار في حالة القياس النفسي، لأن القياس النفسي يقوم على أسس معينة إن لم يتم مراعاتها يصبح الرقم الذي نخرج به رقماً مضللاً ولا معنى له، لأن القياس النفسي هو قياس نسبي غير مباشر، فمثلاً عند قياس الذكاء فنحن نفترض وجود الذكاء ولكنه بشكل واقعي غير ملموس ولكن نستدل عليه من صفات الفرد (عبد الغفار، 2001: 58 – 61)

2. المعيار الذاتي (الظاهري) Subjective Criterion

السوية تحدد هنا من خلال إدراك الفرد لمعناها، فهي كما يشعر بها الفرد ويراها من خلال نفسه، فالسوية هنا هي إحساس داخلي وخبرة ذاتية، فإذا كان الفرد

يشعر بالقلق وعدم الرضا عن الذات فإنه يعد وفقاً لهذا المعيار غير سوي، فمن الصعب الاعتماد على هذا المعيار كلياً لأن معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبرتهم حالات من الضيق والقلق (غريب، 1999: 137 – 138).

3. المعيار الاجتماعي Social Criterion

تتحدد السوية في ضوء العادات والتقاليد الاجتماعية حيث تكون السوية مسايرة للسلوك المعترف به اجتماعياً، ويعني ذلك أن الحكم على السوية أو اللاسوية لا يمكن التوصل إليه إلا بعد دراسة ثقافة الفرد. ويخلو هذا المعيار من مخاطر المبالغة في الأخذ بمعايير المسايرة، أي اعتبار الأشخاص المسايرين للجماعة هم الأسوياء في حين يعتبر غير المسايرين هم الأبعد عن السوية، فهناك خصائص لا سوية كالانتهازية تكتسب مشروعيتها في إطار من الرغبة الاجتماعية، فالمسايرة الزائدة في حد ذاتها سلوك غير سوي (ربيع، 2000: 90).

4. المعيار الباطني

هو معيار يجمع بين مزايا معظم المعايير السابقة ويعمل على تجاوز مثاليها (مخيمر، 1979: 32) فالحكم ليس خارجياً كما هو الحال في المعايير الاجتماعية أو الإحصائية ، كما أنه ليس ذاتياً كما هو الحال في المعيار الذاتي، إنما يعتمد هذا المعيار على أساليب فعالة تمكن الباحث قبل أن يصدر حكمه من أن يصل إلى حقيقة شخصية الإنسان الكامنة في خبراته الشعورية واللاشعورية أيضاً (إيمان فوزي، 2001: 22).

خامساً: مظاهر الصحة النفسية

لكي يمكن القول أن الفرد يتمتع بصحة نفسية سليمة يجب توافر بعض العلامات أو السمات وهي:

1. غياب الصراع النفسي الحاد (الصراع الخارجي والداخلي).
2. النضج الانفعالي، بحيث يعبر الفرد عن انفعالاته بصورة متزنة بعيدة عن التعبيرات البدائية والطفلية.
3. الدافعية الإيجابية للإنجاز التي تدفع الفرد للقيام بأعمال تحقق له النجاح.
4. التوافق النفسي المتمثل في العلاقة المتجانسة مع البيئة، بحيث يستطيع الفرد الحصول على الإشباع اللازم لحياته مع مراعاة ما يوجد في البيئة المحيطة من متغيرات (ربيع، 2000: 92 – 99)

سادساً: خصائص الفرد المتمتع بالصحة النفسية

لكي يمكن القول أن فرداً ما يتمتع بقدر وافر من الصحة النفسية يجب تـــوافر بعض الخصائص لدى ذلك الفرد منها:

1. التوافق: ويضم جانبين

أ. *التوافق الاجتماعي:* ويشمل التوافق الأسري والمدرسي والمهني والاجتماعي بمعناه الواسع.

ب. *التوافق الشخصي:* وهو الرضا عن النفس.

2. الشعور بالسعادة مع النفس: ودلائل ذلك الراحة، الأمن، الثقة، احترام الذات، تقبل الذات، التسامح مع الذات، والطمأنينة.

3. الشعور بالسعادة مع الآخرين: ويظهر ذلك من خلال احتـــرام الآخـــرين، إقامـــة علاقات اجتماعية، الانتماء للجماعة، التعاون مـــع الآخـــرين، تحمـــل المـــسئولية الاجتماعية، حب الآخرين والثقة بهم.

4. تحقيق الذات واستغلال القدرات: ودلائل ذلك فهم النفس، التقييم الواقعي للقـــدرات والإمكانيات، تقبل نواحي القصور، احترام الفروق بين الأفـــراد، تنـــوع النـــشاط وشموله، تقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعياً، تقدير الذات حق قدرها، وبذل الجهد في العمل والرضا عنه والكفاية والإنتاج.

5. القدرة على مواجهة مطالب الحياة، ودلائل ذلك:

أ. النظرة السليمة للحياة ومشاكلها

ب. العيش في الحاضر والواقع

ت. مرونة في مواجهة الواقع

ث. بذل الجهد في حل المشاكل

ج. القدرة على مواجهة الإحباطات اليومية

ح. تحمل المسئوليات الشخصية والاجتماعية

خ. الترحيب بالأفكار الجديدة

د. السيطرة على البيئة والتوافق معها

6. **التكامل النفسي**: ودلائل ذلك

أ. الأداء الوظيفي الكامل المتناسق للشخصية جسمياً وعقلياً واجتماعياً ودينياً.

ب. التمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي

7. **العيش في سلامة وسلام**: ودلائل ذلك

أ. التمتع بالصحة النفسية والجسمية والاجتماعية

ب. السلم الداخلي والخارجي

ت. الإقبال على الحياة والتمتع بها

ث. التخطيط للمستقبل بثقة وأمان (شعبان، 1999: 32 – 34)

سابعاً: السواء واللاسواء

يرى بعض علماء علم النفس الحديث أن البدء في تعريف السلوك الشاذ ربما يكون بداية خاطئة، فالعالم لا ينجح دائماً في إعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المقترح لأسبابها، فهناك طريقان يمكن من خلالهما التعرف على الأشياء بشكل عام، والطريق الأول هو الذي يصف الأشياء من خلال أضدادها وبهذا المعنى يكون السلوك الشاذ ما هو ليس بسليم أو سوي، أما الطريق الآخر هو تعريف الأشياء بالنظر إليها من الداخل من خلال وصف متعلقاتها الأساسية، فنحن نحتاج هنا لأن نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليماً أو سوياً في الحياة، وقد وضع بعض الباحثين عدداً من الصفات اعتبروها محددة للسلوك السوي ومن ثم محددة للشخص السوي المتوافق، فالسلوك لكي يكون معيار للصحة النفسية يجب أن يكون سوي أي مقبول اجتماعياً ومسايراً للواقع ولكي يصل السلوك إلى مستوى السوية لا بد وأن تتوفر فيه الشروط التالية:

1. ***الفاعلية:*** الشخص السوي يصدر عنه سلوك فعال، سلوك موجه نحو حل المشكلات والتغلب على الضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر هذه المشكلات والضغوط.
2. ***الكفاءة:*** الشخص السوي يستخدم طاقاته من غير تبديد لجهوده، وهو من الواقعية بدرجة تمكنه من أن يعرف المحاولات غير الفعالة والأهداف التي لا يمكن بلوغها وهو في هذه الأحوال يتقبل الإحباط وضياع الأهداف ويعيد توجيه طاقاته.

3. ***المرونة:*** الشخص السوي قادر على التكيف والتوافق، فظروف الحياة دائمة التغير لذلك يضطر الإنسان إلى أن يعدل استجاباته كلما تغيرت ظروف البيئة التي يعيش فيها، فالمرونة تعد من أول مستلزمات الإنسان لكي يحيا حياة متوافقة سوية والعكس صحيح، أي أن التصلب مدعاة لحدوث الاضطراب والتوتر وسوء التوافق (أبو هين، 1998: 18)
4. ***القدرة على الاستفادة من الخبرة:*** يتميز الإنسان السوي بقدرته على التعلم من الخبرة والاستفادة من التجارب الماضية.
5. ***القدرة على التواصل الاجتماعي:*** تقوم حياة الإنسان على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، والشخص المتوافق اجتماعياً يشارك في ذلك إلى أقصى حد وتتميز علاقاته الاجتماعية بالعمق والاقتراب والاستقلال في الوقت ذاته.
6. ***تقدير الذات:*** الشخص السوي المتوافق يتصف بتقدير ذاته إيجابياً ويدرك قيمتها ويشعر بالاطمئنان ويعترف بجوانب ضعفه ويحاول تقويتها.
7. ***الواقعية:*** الواقعية تعني التعامل مع حقائق الواقع، فالذي يحدد أهدافه في الحياة وتطلعاته للمستقبل على أساس إمكاناته الفعلية يعتبر فرداً سوياً، وهذا يعني أن الفرد السوي لا يضع لنفسه أهدافاً صعبة التحقيق بالنسبة له حتى لا يشعر بالفشل. فالواقعية هي أن ينظر الفرد إلى الحياة نظرة واقعية، فكما أنه لا يبالغ في تقدير ذاته أو يقلل من قيمتها، فإنه كذلك لا يبالغ في تقدير الأهداف أو يقلل من قيمتها(أبو اسحاق وأبو نجيلة، 1997: 30)
8. ***التناسب:*** التناسب يعني عدم المبالغة خاصة في المجال الانفعالي، فالسوي يشعر بالسرور والزهو والأسى والحزن والدهشة وكل الانفعالات الأخرى، لكنه يعبر عنها بقدر مناسب للمثيرات التي أثارتها، ولذلك نقول أن هناك تناسباً بين السلوك السوي والموقف الذي يصدر فيه السلوك، أما السلوك غير السوي فيتضمن مبالغة في الانفعال تزيد عما يتطلبه الموقف.
9. ***الشعور بالأمن:*** فالأمن عكس القلق، وهو زوال كل المنغصات الداخلية والمهددات الخارجية لدى الفرد، وبالتالي يشعر براحة البال والاستقرار، فالشخص السوي قادر على التعامل مع مصادر التوتر بشكل فعال يعيد إليه أمنه وتوازنه بسرعة. فالإنسان

السوي يتطلب الشعور بالأمن والطمأنينة كأحد أهم العناصر الأساسية في توافر الصحة النفسية للإنسان (أبو هين، 1997: 32)

10. ***التوجه الصحيح:*** عندما يعرض للشخص السوي مشكلة فإنه يفكر فيها ويحدد عناصرها ويضع الحلول التي يتصور أنها كفيلة بحلها، وهو في هذا يتجه مباشرة إلى قلب المشكلة ويواجهها مواجهة صريحة، وقد يعلن فشله إذا لم ينجح في حلها. أما السلوك الغير سوي فهو لا يتجه مباشرة إلى المشكلة ويعمد إلى الدوران حولها متهرباً اقتحامها مباشرة.

11. ***الإفادة من الخبرة:*** يعدل الفرد السوي من سلوكه دائماً بناءً على الخبرات التي تمر به، فهو يغير ويعدل من سلوكه حسب ما تعلمه من المواقف السابقة خاصة المواقف ذات العلاقة والصلة بالموقف الذي يقف فيه. أما الشخص الغير سوي فلا يبدو أن سلوكه يعتدل بناءً على ما يقابله من مواقف لأنه في معظم الحالات لا يكون في وضع يسمح له باكتساب خبرة حقيقية في المواقف التي يمر بها.

12. ***الاستقلالية:*** الإنسان السوي هو الذي يعي حدود حريته ويدرك مسئولياته ويقدم على تحملها دون تردد أو اعتماد على الآخرين، وهو ذلك الإنسان المدفوع من الداخل الذي رسم بنفسه الأهداف التي تتلاءم مع إمكانياته الواقعية ويتحمل مسئولية تحقيقها وحده متقبلاً بشجاعة نتائج اختياره سواء أصاب النجاح أو صادفه الفشل، فلا يلجأ للتبرير وإنما يعاود النشاط بمثابرة كي يعوض ما فاته، فهو لا يعزل نفسه عن الآخرين بل يمكن أن يعتمد على الآخرين في سياق تبادل الأدوار الاجتماعية لإشباع بعض حاجاته، فالشخص السوي يستطيع أن يصبح عضواً فعلاً في الجماعة التي ينتمي إليها دون أن يفقد احترامه لذاته (يوسف، ب ت: 26 - 28).

ثامناً: الإسلام والصحة النفسية

لم يعد مفهوم الصحة النفسية مقصوراً على الخلو من الأمراض وإنما تجاوز ذلك إلى اعتبار الشخص صحيحاً من الناحية النفسية إذا توافرت فيه مجموعة من الخصائص مثل الفاعلية والكفاءة والمرونة وتوافر علاقات اجتماعية سوية وتحمل المسئولية والقدرة على مواجهة الظروف الصعبة وغير ذلك.

وإذا نظرنا إلى المنهج الإسلامي لوجدنا هذا المنهج أقوى ما يعين الجماعات والأفراد على التمتع بالصحة النفسية وذلك من خلال النقاط التالية:

1. ربط المنهج الإسلامي الفرد بهدف سام فجعل غاية حياته عبادة الله سبحانه وتعالى وحده "**وما خلقت الجن والإنس إلا ليعبدون**" (الذاريات: 56) فهذا الجانب وحده يمثل قمة ما يساعد الفرد على تحقيق التوافق والصحة النفسية، فالمسلم لا يعايش أي نوع من القلق لأنه يعرف غاية حياته، لكن الغربيين يعانون من فراغ وجودي فهم لا يعرفون غاية وجودهم وحياتهم مما يوقعهم هذا القلق مما يؤدي بكثير منهم إلى الاكتئاب وقضاء بقية أعمارهم في مصحات الأمراض النفسية، في الوقت الذي نجد فيه المسلم الذي عمر قلبه بالإيمان وأدرك بأنه راجع إلى ربه يتشوق أن يختم حياته بمزيد من العمل والاجتهاد في العبادة، هكذا منحت العقيدة الإسلامية للمسلم أول مفاتيح التوافق.
2. والقلق والخوف والاكتئاب إنما هي في الواقع نتيجة الإحساس بانعدام الأمن، فالمسلم قد أغناه الله من فضله بأمن يستقيه من الإيمان وطمأنينة تزوده بها العبادات وذكر الله "**الذين أمنوا ولم يلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون**" (الأنعام، 82) فالأمن يعتبر عنصر هام من عناصر تحقيق الصحة النفسية، وإذا كان هذا مستمداً من الإيمان الحق فإنه لا شك يساعد الفرد على سرعة استعادته لتوافقه.
3. تزودنا الشريعة الإسلامية الغراء بما يكفي لحماية حياة الإنسان من الضرر ولذلك فهي تمثل ركناً أساسياً على طريق الوقاية من المرض النفسي ذلك أن الفقهاء يحددون مقاصد الشريعة في المحافظة على البدن والنفس والعقل والنسل والمال، ومن هنا وضع الفقهاء مجموعة كبيرة من القواعد الفقهية التي تساعد على تنظيم حياة المجتمع بما فيه من أفراد وجماعات، ولو نظرنا إلى أسباب الأمراض النفسية لوجدنا في مقدمتها ما يحدث من إحباط للدوافع والحاجات، والإسلام لم يمنع الإنسان من إشباع حاجاته بل إن ما ذكره القرآن الكريم من حاجات للإنسان يفوق ما ذكرته جميع نظريات الدوافع، كما أن الإسلام وضع أسس لإشباع الحاجات هي:

أ. أن يتحقق بإشباع الحاجة الوفاء بعبادة الله وعمارة الأرض.

ب. أن يكون إشباع الحاجة من مصدر حلال.

ت. الاعتدال في إشباع الحاجة.

جاء الإسلام مطهراً لنفوس البشر يحل لهم الطيبات ويحرم عليهم الخبائث فقد حرم الخمر والربا والزنا وقتل النفس وهذه كلها من البلايا التي ابتليت بها المجتمعات الغربية فانتشار المخدرات والخمور يؤدي إلى كثير من الحوادث التي يترتب عليها غياب العقل والجنون وإلى انتشار الجريمة، والإسلام يدعو إلى مكارم الأخلاق مما يساعد على تحقيق السلام بين أفراد المجتمع ويساعدهم عل التمتع بالصحة النفسية، والإسلام يهتم بجانب المسئولية، ولو تحقق للفرد تحمله للمسئولية فسوف يتحقق له جانب كبير من جوانب الصحة النفسية، كما أن الإسلام يساعد الفرد على بناء شخصيته وتعديله لهذه الشخصية بمحاسبة نفسه دائماً، والإسلام ينظم العلاقات بين الأفراد بما يتحقق معه وجود المودة والرحمة، فالإسلام زود المؤمنين بوسائل تحقق له الأمن النفسي وتجعلهم في قمة الصحة النفسية، فالمعيار الذي وضعه الإسلام للصحة النفسية ليس معياراً وضعياً من صنع البشر وإنما هو معيار حدده لهم خالقهم جل وعلا "يا أيتها النفس المطمئنة، ارجعي إلى ربك راضية مرضية، فادخلي في عبادي وادخلي جنتي" (الفجر: 27 – 30)، فإتباع المسلم المنهج الإسلامي إتباعاً صادقاً هو خير ما يساعده على بناء شخصية سوية متوافقة (الشناوي، 2001: 9 – 14)

مما سبق يتبين لنا أن الدين الإسلامي يهتم بالإنسان بشكل شمولي وليس بجانب على حساب الآخر، ولكي يكون المسلم قادراً على البناء والإفادة في المجتمع الإسلامي، فلا بد أن يتمتع بصحة نفسية سليمة تمكنه من القيام بواجباته تجاه مجتمعه، وقد بين لنا الإسلام ذلك في القرآن الكريم والسنة النبوية ووضع لنا الأسس التي لو اتبعها كل مسلم لصلح المجتمع ولصلحت الأمة.

المبحـــث الثاني

الأداء المهني

يرجع نجاح وتقدم أي مؤسسة إلى كمية وجودة أداء العاملين فيها، ومن هنـــا لجأت الكثير من المؤسسات إلى وضع برامج لتطوير الجودة وأقسام التعليم الـــداخلي أثناء الخدمة وأنفقت عليها مبالغ كثيرة بهدف رفع مستوى الأداء ليتمكن من المنافـــسة مع المؤسسات الأخرى، ونظراً لأهمية الأداء المهني كمعيار لنجاح المؤسسة، فسوف يتم التطرق بعمق لهذا المفهوم.

أولاً: تعريف الأداء

يمكن تعريف الأداء الوظيفي كما يبينـــه ســـيزلاقي ووالاس (1991) بأنـــه "مجموعة من السلوكيات الإدارية ذات العلاقة المعبرة عن قيـــام الموظـــف بـــأداء مهامه، وتحمل مسئولياته، وهي تتضمن جودة الأداء، وكفاءة التنفيذ، والخبرة الفنية المطلوبة في الوظيفة، فضلاً عن الاتصال والتفاعل مع باقي أعـــضاء المؤســـسة، وقبول مهام جديدة، والإبداع، والالتزام بالنواحي الإدارية في العمل، والسعي نحـــو الاستجابة لها بكل حرص وفاعلية، والأداء الوظيفي هو نشاط يمكن الفرد من إنجاز المهمة أو الهدف المخصص له بنجاح".

ويبين الدهلة (2006) في مقال حول أحـــدث نظريـــات التطـــوير والتنميـــة الإداريـــة والمعروفـــة باســـم نظريـــة (تكنولوجيـــا الأداء البـــشري) Human Performance Technology والتي تهدف إلى تنميـــة الأداء البـــشري وزيـــادة إنتاجية الفرد والمنظمة، أن تلك النظرية تركز على أهمية تحديـــد وتعريـــف الأداء حتى يصبح من السهل تنميته وقياسه، وهي تفرق بين الـــسلوك والإنجـــاز والأداء، فالسلوك هو ما يقوم به الأفراد من أعمال في المؤسسة التي يعملون بهـــا، أي مـــا ترى الناس يقومون به من أعمال، ويوصف السلوك عادة بأنه: مـــدخلات Inputs، أو عملية Process أو فعالية Activity أو وسائل Means، بينما الإنجاز هو مـــا يتبقى من أثر أو نتاج بعد أن يتوقف الأفراد عن العمل، ويوصف الإنجاز عادة بأنه: إنتاج Output أو منتج Product أو نهايات Ends أو إنجـــاز Achievement ، وعليه يكون الأداء هو التفاعل بين السلوك والإنجاز، فهو ليس الـــسلوك وحـــده أو

الإنجاز وحده، ولكنه تكاملهما معاً. والسلوك هو فعالية ونشاط، بينما نتائج السلوك هي التغيرات التي تحصل في البيئة المحيطة بالفرد بسبب ذلك السلوك.

ثانياً: تقييم الأداء

يعرف تقييم الأداء بأنه عملية إصدار حكم على أداء وسلوك العاملين في العمل، ويترتب على إصدار الحكم قرارات تتعلق بالاحتفاظ بالعاملين، أو ترقيتهم، أو نقلهم إلى عمل آخر داخل المنظمة أو خارجها، أو تنزيل درجتهم المالية أو تدريبهم وتنميتهم (درة وبعيره، 1989)، ويرى كل من بنكتون وإدوارد (2000) Pennington & Edward أن التقويم عملية تحفيزية تعمل على تشكيل خبرات التعليم التي تحفز العاملين لغرض تطوير أنفسهم وتحسين أدائهم.

يتضح مما سبق أن تقييم الأداء الوظيفي عبارة عن إصدار حكم يترتب عليه قرار بترقية الموظف أو تنزيل درجته أو تدريبه، ومن هنا يتضح للباحث الغرض من تقييم الأداء وهو تحديد جوانب القوة والعمل على تعزيزها، وبيان جوانب الضعف والعمل على علاجها عن طريق التدريب لإكساب الموظف مهارات جديدة وخبرات متطورة ومعارف حديثة.

ثالثاً: أهمية تقويم أداء الموارد البشرية

تعد عملية تقويم أداء الموارد البشرية من العمليات الأساسية والمهمة لجميع المؤسسات بغض النظر عن طبيعة عملها وحجمها، ولا يمكن الاستغناء عنها بأي حال من الأحوال طالما لكل مؤسسة مجموعة من الأهداف تسعى إلى تحقيقها بفاعلية وكفاءة، وفي ضوء نتائج تقويم أداء الموارد البشرية تستطيع المؤسسة وضع سياسات أكثر موضوعية لإدارة أداء الموارد البشرية تضمن الاستخدام الأفضل لهذه الموارد وتحقيق ميزة تنافسية لها، والتأكد من مدى فاعليتها وكفاءتها في تحقيق الأهداف التي خطط لها مسبقاً، وتحديد الموظفين المتميزين وتضعهم في الصورة أمام المسئولين لاتخاذ القرارات حول ترقيتهم أو مكافئتهم، كما أن تقويم الأداء يوفر فرصة لمساعدة الموظف الجديد في تفهم ما يتوقعه منه رئيسه المباشر، كما أن التقويم يقيس فاعلية استخدام المؤسسة لمواردها البشرية، ويساعد في قياس وتقويم العلاقة بين كفاءة أداء

الفرد لواجبات ومهام الوظيفة التي يشغلها وكل من سلوك ومقدرة الفرد علـــى الأداء الأفضل (السالم وصالح، 2002: 25).

رابعاً: أساليب تقدير أداء العمال والموظفين

تحتاج المؤسسات الصناعية والتجارية والسياحية والصحية وغيرها إلى معرفة مستوى أداء موظفيها وعمالها وذلك لتحديد مستويات الأجور أو للترقية أو النقل مـــن قسم لآخر أو بقصد تحسين مستويات الأداء ورفع مستويات الكفاية الإنتاجية والإدارية وتخفيض نفقات السلع. ويقدم علم النفس كثيراً من الأساليب والإجراءات والمناهج التي تستخدم للحكم على أداء الموظف لواجباته الوظيفية، ومن هذه المناهج:

1. المناهج النسبية:

هي عبارة عن إعطاء تقديرات نسبية للعامل مقارنة بزملائه، أي تحديد المكانة أو الرتبة أو الدرجة التي يمكن أن يحتلها في ترتيب زملائه علـــى الأداء والإنتـــاج، معنى ذلك مقارنة الفرد بزملائه أو بغيره من الناس على بعض السمات أو الخصائص أو الصفات، وبعد وضع كل فرد من أفراد الجماعة في موضع خاص يـــتم تـــرتيبهم جميعاً من أفضلهم أو أكثرهم كفاءة إلى أسوأهم أو أقلهم كفاءة، والدرجات التي يحصل عليها فرد من أفراد الجماعة تساعدنا على مقارنته فقط بزملائه داخل ذات الجماعـــة ولكنها لا تصلح لمقارنته بفرد آخر في جماعة أخرى. وهذا المنهج النـــسبي يـــصلح للاستعمال مع الجماعات الصغيرة التي يتراوح عددها ما بين 10 – 20 فرداً فقط.

ومن عيوب هذا النظام أن الفروق في الدرجات لا يقابلها فروق متساوية في القدرات، مثال ذلك أن الفرق بين الدرجة (1) والدرجة (2) يساوي واحد وأن الفرق بين الدرجة (19) والدرجة (20) يساوي أيضاً واحد ولكن الدلالة مختلفة، المسافة واحدة وموحدة منزلة إلى المنزلة التي تليها ولكن هذه المسافات ليست متساوية في الواقع، ومع ذلـــك فإن هذا النظام يستخدم بتوسع في الصناعات الحديثة (العيسوي، ب ت: 18).

2. منهج المقارنة المزدوجة:

في هذا المنهج يوضع أسماء العمال كل زوج مع بعضهم البعض وعلى الفاحص أن يحدد أي الزوجين يعد أفضل من الزوج الآخر، ويقوم بعدد كبير من المقارنـــات، وإذا اشتمل جميع العمال يصبح عليه أن يقوم بالمقارنات التالية:

عدد المقارنات = عدد الحالات (عدد الحالات – 1) ÷ 2

أي عدد العمال الذين يرغب في تقديرهم.

3. منهج التقويم أو التقدير المطلق:

في هذا المنهج يمنح الفاحص المفحوص الدرجة على سمة معينة بالقيـــاس إلـــى الأشخاص عموماً داخل وخارج المجموعة التي ينتمي إليها هذا الشخص، أي بالقياس إلى معيار مطلق أو عام، ومن صور هذا المنهج القياس بالرسم والتوزيع الاضطراري أو الإجباري، ويعتبر التقدير بالرسم أكثر المناهج استخداماً في الصناعة بسبب سهولة تطبيقه، وفيه يتم رسم السمة المتعلقة بالأداء في العمل على خط مستقيم وعليه علامات تحدد مستويات مختلفة لهذه القدرة على النحو التالي:

الدقة accuracy	1	2	3	4	5
	ضعيف	مقبول	متوسط	جيد	ممتاز

ويتم توضيح كل مستوى من هذه المستويات بدقة حتى تكون المقارنة دقيقة.

4. التوزيع الإجباري:

هذا المنهج يعتمد على خاصية التوزيع الإعتدالي التكراري في توزيع الأفــراد على أي سمة أو قدرة على شكل المنحنى الذي يشبه الناقوس وهو المنحنى المتماثل في الشكل، حيث يقع نصف الأفراد على جانبي المتوسط الحسابي للتوزيع، وتقع أل 25% الأضعف على أحد الأطراف وأل 25% الأقوى على الطرف الآخــر مــن التوزيـــع الإعتدالي. وهذا النظام يمنع الفاحص من وضع كل الأفراد في منطقة الوسط أو فـــي الطرف الأعلى من المقياس.

ومن العيوب الرئيسة للمنهج الإجباري هذا أنه لا ينطبق على الجماعات صغيرة العدد وذلك لأننا لا نحصل على منحنى التوزيع الإعتدالي إلا إذا كنا أمام مجموعـــة كبيـــرة الحجم (العيسوي، ب ت : 19).

5. قائمة التعليم:

من المناهج المستخدمة في تقويم أداء العمال أو الموظفين وفيها نستعمل قائمة تحتـــوي على عدد من العبارات أو الألفاظ التي تصف جوانب مختلفة من الأداء وعلى ملاحظ العمل أو المدير أن يضع علامة على تلك الخطوات التي يجدها موجودة في العامل أو على السمات التي توجد لديه، ومن هذه السمات على سبيل المثال ما يلي:

- يصل مقر عمله في الوقت المحدد

- يعمل عدداً قليلاً جداً من الأخطاء
- غير منظم في عادات العمل
- يشعر بالسخط إذا تلقى نقداً إيجابياً أو سلبياً

وفي هذا المجال من المفضل أن نسأل المشرفين على العمل بتحديد السمات التي يرغبون في وضعها على القائمة وذلك للحصول على ما يفكرون به إزاء أداء العامل. (العيسوي، ب ت : 20)

خامساً: الأداء والصحة النفسية

يرى بعض العلماء أن الأداء والصحة النفسية يرتبطان ببعضهما البعض، ولكي يقوم الفرد بأداء الواجبات الملقاة على عاتقه فلا بد أن يتمتع بصحة نفسية سليمة خالية من الاضطرابات الشديدة التي قد تؤثر بشكل سابي على عطائه وقدرته على إنجاز المهام المطلوب القيام بها، والعطاء فعل واع اختياري، يميز إنسانية الفرد عن باقي المخلوقات وبالتالي تحدد معنى إنسانيته، كما يعتبر العطاء من أهم مظاهر تحقيق الفرد لوجوده أو تحقيقه لإنسانيته، ويتخذ العطاء مظاهر مختلفة تتمثل في جهد عقلي يبذله العالم ويعطيه لطلابه، وجهد يقدمه عامل بأمانة (عبد الغفار، 2001: 221، 229)، والأداء الجيد يتطلب من الفرد تمتعه براحة نفسية ودافعية لإنجاز ما هو مطلوب منه بالشكل الأفضل وتحقيق النجاح وتجنب الفشل، وتؤثر على سلوك الفرد فتجعلها في وضع الجاهزية للقيام بالمهام الموكلة إليه، كما أنها تدفع الفرد للمثابرة في أداء الأعمال والالتزام بعمله والشعور بالانتماء للمؤسسة التي يعمل بها (ربيع، 2000: 96 – 97). وفي هذا المجال يمكن توقع أن يكون الممرضين والممرضات الذين يتمتعون بمستويات عالية من الصحة النفسية والتوافق النفسي أن يكون أدائهم ذا مستوى عالي ويتميزون بقدرة عالية على إنجاز المهام المطلوبة منهم بشكل سليم بدون الوقوع في أخطاء، كما أن علاقاتهم تكون ودية مع زملاء العمل ومع المرضى والزائرين على حد سواء.

المبحــث الثالث

التمــريض

مقدمة:

التمريض مهنة أساسية في مجال الرعاية الصحية، يقع على عاتق العاملين فيها من ممرضين وممرضات أدوار هامة في عملية تقديم الخدمة الصحية الآمنة للمرضى، بجانب السعي المتواصل لتطوير الخدمة المقدمة لتتلائم مع التطورات العلمية المتلاحقة في عصرنا هذا، ولمهنة التمريض دستور أخلاقي وقانوني كأي مهنــة أخــرى فــي المجتمع، فالممرض يتعامل مع البشر بشكل مباشر، لذلك فهنالك قيم وأخلاقيات ترشد الممرضين والممرضات أثناء تقديم الرعاية التمريضية حيث تجعلها ضــمن معــايير الأداء المهني.

ويواكب تاريخ التمريض تطور مستمر، حيث بدأ التمريض يدرس كعلم مستقل في مدارس خاصة في عام 1860، وفي فلسطين بدأ التمريض علماً يدرس في مدارس القدس في عام 1925، وفي غزة بدأت المدرسة المعمدانية بتدريس التمــريض عــام 1956، ومدرسة الحكيمات عام 1976. وفي منتصف السبعينات بدأ التعليم الأكاديمي للتمريض ضمن برامج الجامعات الفلسطينية في الضفة الغربية، وفي عام 1992 بــدأ أول برنامج بكالوريوس تمريض في الجامعــة الإســلامية، كمــا بــدأ أول برنــامج بكالوريوس في كلية فلسطين للتمريض التابعة لوزارة الصحة. (الدليل الموجز لكليــة فلسطين للتمريض، 1999: 1).

أولاً: تعريف التمريض

ينص مشروع قانون رقم (27) لعام 2000 الصادر عن ديوان الفتوى والتشريع بوزارة العدل الفلسطينية على أن "التمريض هو جسم أساسي متمم ومكمــل للجهــاز الصحي، وتقوم مهامه الأساسية على التطوير الصحي ومنع حدوث الأمراض ورعاية المرضى فسيولوجياً ونفسياً وعقلياً وروحانياً، أينما كانوا وفي جميع المراحل.

وتعرفه وديعة الداعستاني بأنه "فن وعلم يهتم بالإنسان ككل، جسماً وعقــلاً وروحــاً، ويسعى لتحسين وضعه الجسمي والنفسي والاجتماعي وذلك عن طريق تقديم خدمات، ومساعدته على تلبية حاجاته الضرورية والتأقلم مع مرضه أو عاهته، أو عن طريــق تعليم الإنسان الصحيح الأسس والممارسات الصحية في الحياة وذلــك للحفــاظ علــى

صحة جيدة ومنع الإصابة بالأمراض، وأخيراً فالتمريض لا يهتم بالشخص المريض فقط، بل يهتم بالفرد والعائلة والمجتمع (خزاعلة، 1997: 222)، وعرفته جمعية التمريض الأمريكية (ANA, 1980) كالتالي " أن التمريض تشخيص وعلاج للمشاكل الصحية الحالية أو المتوقع حدوثها لاستجابات الإنسان" (kozier& Erb ،1991:3)، وعرفه علي عابد (1999) بأنه " الخدمة المقدمة للبشرية والتي تساعد الإنسان على استعادة أو الحفاظ على حالة الجسم والعقل في مستواها الطبيعي والمساعدة في إزالة المعاناة الجسدية والروحانية والقلق النفسي" (الملتقي للتمريض والقبالة، 1999 1:1)، وتعرفه (شاهين،1990 32:1990) بأنه "مساعدة الفرد المريض أو المعافى من أجل القيام بتلك النشاطات التي تساهم في توفير الصحة والشفاء من المرض التي يمكن أن يقوم بها دون أن يساعده أحد إن امتلك القدرة الضرورية – الإرادة والمعرفة ".

وتتبنى الباحثة التعريف التالي "حلقة وطريقة تقديم المساعدة للبشر وليس سلعة مادية وتشتق مهنة التمريض من الأعمال التي يتم اختيارها عمدا من قبل الممرضات والقيام بها من اجل مساعدة الأفراد والمجموعات وتعطى اهتماماً خاصاً لحاجات الأفراد والعناية الذاتية وتتكفل بذلك بشكل مستمر من اجل المحافظة على الحياة والصحة والشفاء من الأمراض والإصابات ومن اجل التعامل مع المؤثرات (شاهين،32:1990).

ثانياً: تعريف الممرض / الممرضة

ينص مشروع قانون رقم (27) لعام2000 الصادر عن ديوان الفتوى والتشريع بوزارة العدل الفلسطينية على أن" الممرض أو الممرضة من اجتاز بنجاح جميع البرامج التعليمية الخاصة بالتمريض بعد الثانوية العامة ويجب أن تكون البرامج معتمدة ولا تقل عن 8 أشهر من الدراسة (مشروع قانون رقم(27) لسنة 2000 بشأن المجلس الفلسطيني للتمريض والقبالة 2:2000).

الممرض هو إنسان مهني لديه الحصيلة المعرفية والمهارة والثقة بالنفس التي تمكنه من العمل في مختلف الوحدات الصحية بتعاون مع زملائه من أفراد الطاقم الصحي وهو عنصر نشط في إدارة المؤسسة الصحية وإحداث التغيرات الإيجابية فيها ولديه الكثير من الأدوار التي يؤديها (الدليل الموجز لكلية فلسطين للتمريض ،1:1999).

"وهم الأشخاص اللذين يقومون بتقديم الخدمات التمريضية سواء كانوا قد أكملوا دراسة التمريض في مدرسة أو كلية متوسطة أو معهد متوسط أو جامعة وبناءاً عليــه فــأن الممرض هو شخص مهني لدية الحصيلة المعرفية والمهارة والثقة بالنفس التي تمكنــه من العمل في مختلف الوحدات الصحية" (الشافعي، 2002: 8).

وتتبنى الباحثة التعريف التالي "الممرض هو ذلك الشخص الذي يقــوم بتقــديم الخدمات التمريضية سواء أكان هذا الشخص قد أكمل دراسة التمريض في مدرســة، كلية متوسطة، معهد متوسط، أو تدرب علي تقديم الخدمات التمريضية أثناء عمله في أحد المستشفيات أو المراكز الصحية وبناءاً عليه فان الممرض هو ذلك الشخص الذي يسمح له بتقديم خدمات تمريضية تهدف إلــى إدامــة الــصحة والعنايــة بــالمريض (خزاعلة،223:1997).

ثالثاً: أدوار الممرض أو الممرضة

هناك تسعة أدوار يقوم بها الممرض أو الممرضة فيما يتعلق بالعناية بالمرضى وأمرهم أومن يدعمونهم. ويعمل الممرض على تكيف مهاراته وأساليب العناية مع هذه الأدوار المتداخلة كلما دعت الحاجة إلى ذلك، ولكن نوعية العمل والدور تختلف طبقــاً لاختلاف الدرجة و التحصيل العلمي للممرض.

1. *الدور الشفائي (العلاجي):* يستخدم الممرض الأساليب التي تساعد في إنجاح الشفاء الطبيعي كتغيير الضمادات المعقمة و إعطاء الأدوية للمرضي وغيرها من المهارات.
2. *دور العناية (المواساة):* إن الممرض يدعم المريض عن طريق اتجاهاته وأعماله التي تظهر اهتمامه برفاهية المريض وتقبله له كإنسان، ويحرص الممــرض أن لا يضع القرار نيابة عن المرضى ولكنه يشجع المرضى على المشاركة فــي إعــداد الخطط للعناية بهم وتتضمن نشاطات العناية الحفاظ على كرامة الفرد.
3. *دور التواصل:* ويشمل جمع المعلومات وتوصيلها للآخرين، وبتواصل التمــريض مع المرضى وأسرهم ومع زملائهم الممرضين في أقسام أخرى ومع أعضاء الفريق الصحي، وغالباً ما يتأثر شفاء المريض بنوعية التعامل الذي يقوم به التمريض.

4. *دور التعليم:* يقوم التمريض بدور التعليم حيث يعومون بتزويد المعلومات وتعزيز التغير السلوكي والعمل على توفير بيئة مناسبة تمكن المريض من التعلم وتحديد حاجات المريض واستعداده للتعليم.
5. *دور التخطيط:* يمارس التخطيط من خلال جميع مراحل عملية التمريض من اجل تحقيق الأهداف المتوقعة من العناية الصحية.
6. *دور التنسيق:* التنسيق طريقة لوضع الأشياء مع بعضها ويشمل دور الممرض التنسيق بين الممرض أسرهم والممرضين والاختصاصين في مجال الصحة.
7. *دور الحماية:* وهذا يشمل النشاطات التي يقوم بها التمريض لحماية الإنسان من الإصابات والمضاعفات وتعقيم المواد وتزويد الناس بالمعلومات عن الأمراض المعدية وطرق الإصابة بها وكيفية منع حدوثها والإسعافات الأولية وإجراءات وقائية أخرى.
8. *دور إعادة التأهيل:* ويشمل النشاطات التي ترفع من إمكانيات المريض إلى الحد الأقصى وتخفيف القيود عليه إلى الحد الأدنى وغالبا ما تساعد هذه النشاطات المريض على التغير واكتساب مهارات جديدة كمهارة المشي باستخدام العكازات.
9. *دور تهيئة المريض للمجتمع:* وهذا يشمل تحويل انتباه المريض من التركيز على المرض إلى أشياء أخرى مفيدة له لهم فالمريض الذي يعانى من مرض طويل الأمد يرغب في الحديث بأمور تتعلق بالناحية العلاجية ولكن الحديث عن أخبار العلم وما شابه من محادثات سيستمتع بها أكثر وتخرجه من حالته النفسية السيئة. (شاهين ،1990: 36- 38).

رابعاً: طبيعة مهنة التمريض

لمهنة التمريض طبيعة خاصة تتمثل في مجموعة من الظروف التي يمكن أن تحيط بها وهذه الظروف هي:

1. *نظرة الأفراد لمهنة التمريض:* يعتقد عدد من الناس بأن مهنة التمريض سواء في المستشفيات أو المراكز الصحية هي واجبات هامشية بالنسبة للأعمال الأخرى التي يقوم بها الأطباء والصيادلة وفنيو المختبر، وقد أدى هذا الاعتقاد إلى وجود نظرة استعدائية عند البعض، الأمر الذي يمكن أن يؤدى إلى انخفاض مستوي الرضا الوظيفي عند العاملين في مهنة التمريض.

2. *نظرة المرضى للممرضين:* المرضى وأسرهم وزوارهم ينظرون إلى الممرضين من الناحية التقليدية تابعين للأطباء ،متصورين أن طبيعة عملهم تقتصر على تضميد الجروح وحقن الإبر وتقديم الطعام والدماء للمريض (خزاعلة، 1997: 220 - 221).

3. *ازدواجية تبعية الممرضين في المستشفي:* يتبع الممرضين لرئيسين أحدهم إداري والآخر طبي، فعلي سبيل المثال لو أخذنا دور الممرض أو الممرضة المشرف على قسم في مستشفي ما كمثال لما يقابله في عمله من مفارقات نجد أنه يخضع لإشراف رئيس يتلقي منه أوامره وهو رئيسه الرسمي، ولكنه في نفس الوقت يخضع لأمر الطبيب المشرف على علاج المرضي المقيمين في القسم، باعتباره أكثر خبرة منه وعلماً، وهو المسئول الأول عن علاج المرضي.

4. *عبء العمل:* أظهرت العديد من الدراسات أن الممرضين العاملين في وحدات العناية الحثيثة ووحدات العناية بأمراض القلب يتعرضون إلى ضغوط بسبب عبء العمل في هذه الوحدات.

5. *ورديات العمل:* تؤثر ورديات العمل على الطريقة البيولوجية الاعتيادية لأداء الجسم كما تؤثر على الجانب الفسيولوجي والاجتماعي لوظائف الفرد، حيث أظهرت النتائج صعوبة كبيرة في التكيف مع عمل الورديات والمعاناة من مشاكل عائلية انعكست سلباً علي الرضا الوظيفي وعلي خدمة المريض (الصباغ، 1999: 115 - 116).

6. *طبيعة الحراك الاجتماعي:* من خصائص العمل في مهنة التمريض نقص أو انعدام الحراك الوظيفي إذا ما قورنت بغيرها من المهن، فالممرض يظل دائما ممرض والمساعد يظل دائماً مساعد ونتيجة لذلك يوجد تدرج طبقي مهني يثير كثير من الصراعات.

خامساً: الجوانب القانونية في ممارسة مهنة التمريض

السلوكيات المخالفة للقانون:

1. *الإهمال والتقصير:* قد يهمل الممرض أثناء تقديمه للخدمة التمريضية للمريض مثل عدم إعطاء المريض علاجه في الوقت المحدد، فهذا سلوك مخالف للقانون يحاكم عليه الممرض ويحق للمريض المطالبة بالتعويض، وقد يكون هناك تقصير في أداء

الممرض مثل إعطاء دواء خاطئ للمريض أو عدم مراعاة التعقيم عند إعطاء الحقنة أو الغيار على الجروح ... إلخ

2. _التعدي على خصوصية المريض:_ المريض له خصوصية والتعدي على هذه الخصوصية يعتبر خطأ، فمن واجب الممرض العمل على تأمين خصوصية المريض وذلك من خلال بعض الاعتبارات ومنها:

أ- تواجد الممرض / الممرضة مع الطبيب أثناء فحص المريض جسدياً

ب- عدم الكشف غير المبرر على عورة المريض

ت- عدم تعريض حياة المريض للتجارب العلمية دون معرفته وموافقته

ث- عدم إفشاء أسرار المريض فذلك مخالف لأخلاقيات المهنة (العزة، 2004: 22)

سادساً: صفات الممرض الخلقية

1. عدم التحيز بحسب الجنس أو اللون أو الدين أو العرق
2. تحمل المسئولية
3. احترام الآخرين وحماية مصالحهم
4. إتقان العمل مع الأمانة
5. المشاركة في البحوث العلمية والسعي دائماً نحو التعليم المستمر
6. التمتع بأخلاق عالية

سابعاً: خصائص المعلومات التي يحتاجها القطاع التمريضي

1. _الدقة:_ لا يمكن الاستفادة من أي معلومة ما لم تكن دقيقة وصحيحة، فقيمة أي معلومة ترتبط بمدى دقتها وصحتها.
2. _السرعة:_ المعلومة لها أهمية في الوقت المناسب، وإذا توافرت هذه المعلومة قبل أو بعد الوقت لا قيمة لمعرفتها، فمثلاً معرفة مريض له عملية جراحية وهو مصاب بارتفاع ضغط الدم بعد العملي لا قيمة لمعرفة هذه المعلومة.
3. _الشمولية:_ توفر المعلومات بشكل شامل ومتكامل أمر ضروري لاتخاذ القرار في استكمال علاج المريض.

4. *الإيجاز:* المعلومات الشاملة والموجزة توفر الوقت والجهد على الإدارة التمريضية لاتخاذ القرارات، وكلما كانت المعلومات المقدمة موجزة وشاملة كلما كانت الاستفادة منها كبيرة.

1. 5. *وثاقة الصلة بالموضوع:* يجب أن تكون المعلومات المقدمة مناسبة وضرورية للموضوع المراد اتخاذ القرار بشأنه (قزاقزة وآخرون، 2002: 22)

ثامناً: فلسفة خدمات التمريض

تبنى فلسفة التمريض على العديد من الأسس ومنها:

1. *فلسفة المستشفى:* يجب أن تكون فلسفة الخدمات التمريضية مناسبة لفلسفة المستشفى.
2. *أفكار الموظفين:* يجب أن تبنى فلسفة الخدمات التمريضية على معتقدات الموظفين.
3. *الشمول:* يجب تقديم خدمات تمريضية شاملة للمريض.
4. *أفكار جميع هيئة التمريض:* يجب أن تشكل لجنة تمريضية وتقرر أي فلسفة سوف تتبع بواسطة جمع أفكار مختلفة من أعضاء اللجنة (الهيئة التمريضية تشمل المدير ومساعد المدير والمشرف ورئيس القسم).

تاسعاً: محتويات مفهوم فلسفة الخدمات التمريضية

1. المريض وقيمته كفرد.
2. علاقة أقسام خدمات التمريض بالمستشفى.
3. معنى التمريض والخدمات التمريضية، التمريض الشامل والإدارة.
4. واجبات التمريض.
5. مكافأة الممرضين.
6. تنسيق خدمات رعاية المريض.

عاشراً: أهداف وحدة التمريض

2. تقديم الرعاية التمريضية المستمرة للمريض من خلال تقييم احتياجاته بمهارة تامة.
3. استعمال واختيار الأجهزة بطريقة مناسبة.
4. إعطاء الحرية للمريض للتعبير عن شعوره بحرية تامة.

5. المواصلة مع أهل المريض وذلك من خلال تشجيعهم للمساعدة في رعاية المريض.
6. المحافظة على استمرارية التعليم للفريق التمريضي من أجل تقديم رعاية تمريضية متقدمة.
7. تنفيذ الإجراءات العلاجية حسب وصفة الطبيب مع المحافظة على حاجات المريض النفسية والروحية والبدنية والاجتماعية.
8. عمل دراسات تتعلق بالرعاية التمريضية لتحسين نوعية العناية التمريضية.
9. التعاون مع جميع أقسام المستشفى لإنجاز أهداف المستشفى العامة (قزاقزة وآخرون، 2002: 24- 25).

أحد عشر: أهمية الصحة النفسية للمجتمع

الصحة النفسية مهمة للمجتمع بكل عناصره مثل المدرسة، مكان العمل، الأسرة، فهي تعمل على السعادة والتكامل والنماء لأفراد المجتمع وتهتم أيضاً بعلاج المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على نمو شخصية الفرد في عدة مجالات منها:

أ. ***مجال العمل:*** الصحة النفسية ضرورية في مكان العمل لأنها تساعد على تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فمن أهداف الصحة النفسية بناء شخصية متكاملة بحيث يقبل الفرد على تحمل المسئولية مستغلاً طاقاته إلى أقصى حد ممكن ولكي يتحقق ذلك يجب تحقيق التوافق النفسي والشخصي والاجتماعي.

ب. ***مجال الأسرة:*** العلاقات السوية بين أفراد الأسرة تؤدي إلى نمو الطفل نمواً سوياً حيث تشكل صحة الأبوين النفسية أهمية كبيرة في تماسك الأسرة وسعادتها مما يساعد على خلق جو ملائم لنمو شخصية الأبناء.

ت. ***مجال المدرسة:*** الصحة النفسية لها أهمية كبيرة في مجال التعليم وخاصة في المدرسة حيث العلاقات السوية بين الإدارة والمدرسين تؤدي إلى نموهم النفسي السليم وذلك يؤدي إلى النمو التربوي والنفسي السليم للتلميذ، والعلاقة الجيدة بين المدرسة والبيت تساعد على رعاية النمو النفسي للطفل. وهناك بعض المعايير التي حددها بعض الباحثين مثل وولمان (1976) Wolman وهي:

1. العلاقة بين طاقات الشخص وإنجازاته: يجب أن تكون قدرات الفرد مناسبة لطموحاته وقدراته وإمكانياته حيث يتم وضع أهداف ومستويات طموح ممكنة حتى لا

يصاب الفرد بالاضطراب النفسي عند عدم تمكنه من جعل طاقاته الجسدية والنفسية أمراً واقعاً.

2. الاتزان العاطفي: يعني التوازن بين الانفعالات والمؤثرات بحيث يكون هنالك اتزان بين الموقف المؤثر ونوع الانفعال، مثال: الحزن يجب أن يكون بالقدر الذي يستدعيه الموقف المؤثر حتى لا نحكم على اضطراب الشخصية.

3. صلاح الوظائف العقلية: وذلك يشمل الإدراك والمحاكمات وعمل الذاكرة وغير ذلك من الوظائف التي تمثل التفكير.

4. التكيف الاجتماعي: ويعني مستوى توافق الفرد مع الجماعة وتفاعله معها، فالفرد السوي يجب أن يكون متعايشاً بسلام مع الآخرين على أساس الاحترام المتبادل ويحب من ينتمي للجماعة ويقيم علاقات اجتماعية سوية معهم (شعبان، 1999: 35).

ثاني عشر: أهمية الصحة النفسية للعامل

الصحة النفسية للعامل لا تقل خطراً ولا أهمية عن الأمراض الجسمية، فالحالة النفسية تؤثر على إنتاجية العامل وعلى مقدار تعرضه لحوادث العمل وإصاباته، وعلى ذلك فمن الحكمة توفير جو صحي من الناحية النفسية والعقلية للعمال والعمل على حل مشاكلهم وإعطائهم حقوقهم وإلزامهم بالقيام بواجباتهم الوظيفية حتى لا ينقلب الحال إلى المغالاة في المطالبة بالحقوق العمالية أو الفوضى والتسيب، والعمل على محاربة العادات السيئة كإدمان الخمور والمخدرات والسهر والمقامرة.

والمعروف أن الإصابة بأيٍ من الأمراض النفسية أو العقلية يضاعف من الأمراض المهنية ويزيد من خطورتها. ويحتاج العمال إلى ضرورة توفير الرعاية النفسية للتخلص من الشعور بالتعب والملل، وقد تؤدي الإدارة السيئة إلى إصابة العامل بالقلق والتوتر حين تلاحقه الإدارة مطالبة إياه بزيادة إنتاجه بما يفوق طاقته فيشعر بالتوتر.(العيسوي، ب ت: 67)

ثالث عشر: المحافظة على الصحة النفسية والجسمية للعامل

تمثل الصحة النفسية للعمال أهمية كبيرة من الناحية الاقتصادية والإنسانية على حد سواء، ولذلك فإن ما ينفق على رعاية العامل صحياً واجتماعياً وترفيهياً لا يمكن

أن يعد من قبيل الخدمات ولكنه استثمار بل من أعظم وسائل الاستثمار ومجالاته وذلك لأنه على قدر ما يتمتع به العمال من الصحة الجسمية والنفسية على قدر ما يزداد إنتاجهم كمياً وكيفياً، يضاف إلى ذلك أن الأمراض المهنية تترك أثاراً مأساوية سيئة على العامل المصاب وعلى ذويه وعلى المؤسسة التي يعمل بها.

رابع عشر: سبل الوقاية من الأمراض النفسية المهنية

1. اختيار الرجل المناسب في المكان المناسب يجنب العمال حدوث عدم التكيف النفسي الذي يسبب لهم الاضطرابات النفسية.
2. إعطاء العامل دخلاً مناسباً يكفيه لقضاء احتياجاته المعيشية ويشعره بانتمائه وحبه للعمل.
3. تشجيع العلاقات بين الأفراد في المجموعة الواحدة وبين المجموعات المختلفة يساعد على زيادة الإنتاج وتحقيق الصحة للعمال.
4. جو العمل له تأثير إيجابي وسلبي على الصحة النفسية للعمال، لذلك يجب أن يكون مكان العمل نظيفاً ومريحاً من حيث الإضاءة والتدفئة والتهوية.
5. يجب أن يكون حجم وحدة العمل صغيراً حتى يعرف العامل دوره بالضبط.
6. إعطاء العامل فرصة الاشتراك في الإدارة بحيث تكون الإدارة لا مركزية بالنسبة لفروع المؤسسة.
7. يجب توفير مساكن صحية للعمال وصرف مكافآت المرض لهم وتقديم رعاية طبية وتحقيق الأمن في العمل لأن هذا ينعكس أثره على الصحة النفسية للعمال.
8. يجب تحقيق الرفاهية للعامل حتى لا يشعر بالإحباط والضيق النفسي وبالتالي ينعكس على زيادة الإنتاج وجودته. (العيسوي، ب ت: 64)

خامس عشر: التمريض والصحة النفسية

توجد علاقة تكاملية بين التمريض والصحة النفسية، فما تهدف إليه الصحة النفسية هو الوصول بالفرد للرضا والانسجام النفسي والاجتماعي والروحاني لتحقيق مستويات عالية من السعادة والتوافق، وكذلك فإن العناية التمريضية تهتم بالمريض من

الناحية الجسمية والنفسية والعقلية والروحانية والجانب النفسي له أثر كبير في تحديد مدى وسرعة تماثل المريض للشفاء (شقورة، 2002 :47).

إن إظهار الاهتمام والحب والتقدير والدعم النفسي والمشاركة الفعالة واتخاذ القرار والمواقف الإيجابية تجاه المرضى هي بعض السلوكيات والمواقف التي تعني "عناية تمريضية" تهدف إلى خلق جو يشعر المريض من خلاله بالقبول والاحترام، وهذا يؤثر على نتائج العناية والعلاج. إن التفاعل والتعامل الإنساني هما من الأمور التي تهم المريض عند تلقي العناية، وعادة يرغب المريض أن يعامل كشخص مميز ويتوقع من مقدم العناية أن يكون مهتماً ولطيفاً، صدوقاً، محترماً، متفهماً ويقظاً، فمبادرة المريض بالابتسامة والتحية لها تأثير على معنوياته وردود فعله.

لقد وضحت أسمى الإمام (1999) أن العديد من الدراسات أظهرت أن التصرفات التي تعكس الاهتمام والعناية قد زادت من الشعور بالأمل والراحة والثقة والطمأنينة والاستقرار النفسي والعقلي، (DREO،1986)، (PEDWIN ،1996)، (FAREED ،1999) فالعناية التمريضية تؤثر علي المريض جسمياً ونفسياً وعقلياً وعاطفياً وروحانياً وبالتالي تؤثر على سرعة تماثله للشفاء، وعادة يأتي المريض إلى المستشفي أو العيادة قلقاً وخائفاً وفاقداً للسيطرة على وضعه بشكل عام والتعامل الخاص قد يؤدي إلى زيادة هذه المشاعر والمخاوف وبالتالي يجب على الممرض أو الممرضة أن يستمع بعقلية متفتحة لشكوى المريض وأفكاره ومشاعره وظروفه الخاصة حتى يتمكن من الخفيف من حدة تلك المشاعر ووضع الحلول المناسبة لمشاكل المريض الجسدية والنفسية (شقورة، 2002: 47).

الفصـــل الثالث

الدراســـات الســـابقة

أولاً: دراسات تتعلق بالصحة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات

ثانياً : دراسات تناولت مؤشرات الصحة النفسية لدى الممرضين

ثالثاً: دراسات تتعلق بالأداء الوظيفي وعلاقته ببعض المتغيرات

رابعاً: دراسات تتعلق بالأداء الوظيفي للممرضين

خامساً: تعقيب على الدراسات السابقة

سادساً: فروض الدراسة

الفصـــل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً: دراسات تتعلق بالصحة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات

1. (دراسة النعاس: 2005) بعنوان "الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى العاملين بالشركة العامة للكهرباء بمدينة مصراته"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مصادر الضغوط المهنيــة التــي يتعــرض لهــا العاملون في الشركة العامة للكهرباء، كما هدفت إلى التعرف علــى علاقــة تلــك الضغوط بالصحة النفسية.

تكونت عينة الدراسة من (250) فرداً تم اختيارهم بشكل عشوائي من العاملين في الشركة العامة للكهرباء بمدينة مصراته المغربية.

استخدم الباحث مقياس الضغوط المهنية من إعداد أمجد أبو نبعة (1999) ومقياس الصحة النفسية من إعداد عبد اللطيف القريطي وعبد العزيز الشخص (1992).

كانت أهم نتائج الدراسة:

1. عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الضغوط المهنية والــصحة النفــسية لدى العاملين في الشركة.
2. يتعرض العاملون في الشركة إلى درجة منخفضة من الضغوط المهنية بلغــت نسبتها 25.9%.
3. مستوى إدراك العاملين لمجالات الضغوط المهنية المتمثلة في الراتب، الحوافز التشجيعية، النمو والتقدم المهني، والاستعداد الوظيفي تراوحــت نــسبته بــين 46.85% - 51.06%.

2. (دراسة عبد القادر: 2000) بعنوان "التوافق المهني للأخصائي الاجتماعي فــي مجالات الممارسة المهنية"

هدفت الدراسة إلى التعــرف علــى مــستوى التوافــق المهنــي للأخــصائيين الاجتماعيين وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، الخبرة، الراتب، سنوات الخدمة، والإشراف.

تكونت عينة الدراسة من 110 أخصائي اجتماعي.

استخدم الباحث مقياس التوافق المهني من إعداد الباحث.

كانت أهم نتائج الدراسة:

1. وجود علاقة دالة إحصائياً بين التوافق المهني للأخصائي الاجتماعي ومتغيرات الجنس والراتب والتدريب.
2. وجود فروق دالة إحصائياً في مستويات التوافق المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين تعزى إلى الجنس.
3. الأخصائيين الاجتماعيين يتمتعون بمستوى جيد من التوافق المهني.

3. (دراسة درويش: 1999) بعنوان "جودة الصحة النفسية وعلاقتها بعمليات تحمل الضغوط، دراسة مقارنة بين عضوات هيئة التدريس المعارات خارج الوطن وغير المعارات"

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين جودة الصحة النفسية متمثلة في التلاؤم والرضا والتفاعل والفاعلية من جهة وعمليات تحمل الضغوط من جهة أخرى لدى مجموعتين من عضوات هيئة التدريس بالجامعة (معارات ومقيمات)

تكونت عينة الدراسة من (80) عضو في هيئة التدريس مقسمات إلى مجموعتين متساويتين (40) منهن معارات يعملن في السعودية، و (40) منهن يعملن في مصر.

استخدمت الباحثة مقياس جودة الصحة النفسية ومقياس عمليات تحمل الضغوط.

بينت نتائج الدراسة وجود ارتباط دال إحصائياً بين جودة الصحة النفسية وعمليات تحمل الضغوط لدى مجموعة المعارات، بينما لم توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين لدى مجموعة غير المعارات.

4.(دراسة الأسدي: 1998) بعنوان "الصحة النفسية وعلاقتها بالإبداع لدى الفنان العراقي"

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الصحة النفسية والإبداع لدى الفنان العراقي، كما هدفت إلى معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية تبعاً لمتغير الجنس، والتعرف على مستوى الإبداع تبعاً لمستوى الصحة النفسية.

بينت نتائج الدراسة:

1. عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والقدرة على التفكير الإبداعي.
2. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية بين الفنانين الذكور والفنانات الإناث.
3. عدم وجود فروق بين المبدعين وغير المبدعين في مستوى الصحة النفسية.

5. (دراسة النجار: 1998) بعنوان "العلاقة بين التوافق المهني والإنتاجية لعمال صناعة الغزل والنسيج بالمحلة الكبرى – دراسة ميدانية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التوافق المهني ومستوى الإنتاج لدى العاملين في مصانع الغزل والنسيج بالمحلة الكبرى.

تكونت عينة الدراسة من 500 عامل وعاملة ومشرفي الأقسام من العاملين في شركة النصر للغزل والنسيج بالمحلة الكبرى.

استخدم الباحث الأدوات التالية لجمع البيانات: مقياس التوافق المهني، مقياس اتجاه العمال نحو العمل، مقياس الرضا عن العمل، مقياس تقييم الأداء

استخدم الباحث المعالجات الإحصائية لتحليل البيانات مثل المتوسطات والانحراف المعياري، معامل ارتباط كاندل، واختبار مان وتني.

كانت أهم نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية بين التوافق المهني والإنتاج، وأن العاملين في قسم الغزل والنسيج أكثر توافقاً من العاملين في قسم الملابس.

6. (دراسة زهران:1995) بعنوان "دراسة العلاقة بين بعض جوانب الصحة النفسية والرضا المهني لدى طلاب وخريجي شعبه التعليم الابتدائي بكليات التربية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين بعض جوانب الصحة النفسية والرضا المهني لدى طلاب خريجي شعبة التعليم الابتدائي لكليات التربية مع مقارنتهم ببعضهم البعض من ناحية ومقارنتهم بقرنائهم من طلاب وطالبات وخريجي شعبة التعليم العام لنفس الكليات.

تكونت عينة الدراسة من (718) طالب وطالبة وخريجي وخريجات شعبة التعليم الابتدائي وشعبة التعليم العام بكليات التربية.

استخدم الباحث مقياس الصحة النفسية ومقياس الرضا المهني والمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

استخدم الباحث المعالجات الإحصائية التالية لتحليل البيانات: معاملات الارتباط، تحليل التباين، اختبار (ت).

كانت أهم النتائج:

1. مستوى الصحة النفسية يرتبط ارتباطاً موجباً بمستوى الرضا المهني.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية والرضا المهني بين طلاب وطالبات شعب التعليم العام.
3. مستوى الصحة النفسية والرضا المهني لدى طلاب وطالبات الفرقة الأولى لشعب التعليم العام أعلى منه لدى طلاب وطالبات الفرقة الأولى لشعب التعليم المهني.
4. مستوى الصحة النفسية والرضا المهني لدى طلاب وطالبات الفرقة الأولى بشعب التعليم الابتدائي أعلى منه لدى طلاب وطالبات الفرقة الرابعة بنفس الشعبة.

7. **(دراسة عيسى: 1995) بعنوان "التوافق المهني وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال"** *دراسة ثانوية*

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التوافق المهني والاحتراق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال في دولة الكويت.

تكونت عينة الدراسة من 105 معلمات رياض أطفال موزعين على المناطق التعليمية الخمسة بدولة الكويت.

استخدم الباحث مقياس التوافق النفسي ومقياس الاحتراق النفسي لجمع البيانات وهما من إعداد الباحث.

كانت أهم نتائج الدراسة:

1. معلمات رياض الأطفال يتمتعن بمستوى جيد من التوافق المهني.

2. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التوافـق المهنـي تعـزى لمتغيرات العمر، المنطقة التعليمية، سنوات الخبرة، والمؤهل الدراسي.
3. عدم وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين التوافق المهنـي ودرجـة الـشعور بالضغوط النفسية لدى معلمات رياض الأطفال.

8. (دراسة المشعان: 1993) بعنوان "دراسة مقارنة في الرضا المهني بين العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص"

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مستوى الرضا المهني بين العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص في دولة الكويت.

تكونت عينة الدراسة من 395 موظف وموظفة من العاملين فـي القطـاع الحكـومي والعاملين في القطاع الخاص.

استخدم الباحث مقياس الرضا المهني من إعداده.

كانت أهم نتائج الدراسة:

1. لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الرضا المهني بـين العـاملين فـي القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص.
2. لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الرضا المهني بين الذكور والإناث.

ثانياً : دراسات تناولت مؤشرات الصحة النفسية لدى الممرضين

1. (دراسة لندو وآخرين: J L M Lindo (2006 بعنوان "الصحة النفسية لــدى الأطباء والممرضين في مستشفيين بمدينة كنغستون – جمايكا"

Mental Well-being of Doctors and Nurses in two Hospitals in Kingston, Jamaica.

هدفت الدراسة إلى تفحص مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين العاملين في مستشفيين بمدينة كنغستون – جمايكا.

تكونت عينة الدراسة من (212) طبيباً وممرضاً من العاملين في مستشفى كنغستون العام والمستشفى الجامعي.

استخدم الباحثون مقياس الصحة النفسية، وطريقة المجموعات البؤرية.

بينت نتائج الدراسة أن:

1. 27.4% من أفراد عينة الدراسة يمكن وصفهم بأنهم يعانون من ضغوط نفسية.
2. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ظهور أعراض المشاكل النفسية وكل من سنوات الخبرة، ضغوط العمل، الضغوط الخارجية، والضائقة المالية.
3. مؤشرات تأثر الصحة النفسية تمثلت في الخوف من القدوم للعمل، سنوات الخبرة لأكثر من خمس سنوات، والضغوط النفسية الخارجية.
4. تمثلت الضغوط الخارجية في الضائقة المالية، الاجتماعيات، والعناية بالأطفال.

2. (دراسة الشافعي: 2002) بعنوان "التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية وعلاقته بسماتهم الشخصية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى التوافق المهنـــي لـــدى الممرضـــين العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة، كما هدفت إلـــى التعـــرف علـــى الفروق في مستويات التوافق المهني تبعاً لمتغيرات الجنس، المؤهل الدراسي، القـــسم الذي يعمل به الممرض، عدد سنوات الخبرة.

استخدم الباحث الأدوات التالية:

مقياس التوافق المهني من إعداد الباحث، مقياس سمات الشخصية من إعداد نظمي أبو مصطفى.

استخدم الباحث المعالجات الإحصائية التالية لتحليل البيانات: المتوسطات الحسابية، وتحليل التباين الأحادي.

كانت أهم النتائج:

1. انخفاض مستوى التوافق المهني العام حيث بلغت النسبة 48.09%
2. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد التوافق المهني تعزى لمتغير الجنس، متغير القسم الذي يعمل به الممرض، ومتغير عدد سنوات الخبرة إلا في بعد إنتاجية العمل حيث وجدت فروق دالة إحصائياً بين الذين لديهم سنوات خدمة أكثر من 24 سنة، ومتغير المؤهل الدراسي عدا بعد إنتاجية العمل حيث وجدت فروق دالة إحصائياً بين الحاصلين على دبلوم ثلاث سنوات والحاصلين على دبلوم سنة ونصف لصالح الحاصلين على دبلوم سنة ونصف.

3. (دراسة شقورة: 2001) بعنوان "الدافع المعرفي والاتجاه نحو مهنة التمريض وعلاقة كل منهما بالتوافق الدراسي لدى طلبة كليات التمريض في محافظات غزة"

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الدافع المعرفي المتمثل في حرص الطالب على الحصول على المعلومات والاستزادة منها، وتحمل الصعوبات والمشاق التي تواجهه في سبيل الحصول على المعرفة وبين الاتجاه نحو مهنة التمريض والتوافق الدراسي لدى طلبة كليات التمريض بمحافظات غزة.

تكونت عينة الدراسة من 218 طالب وطالبة من كلية فلسطين للتمريض وكلية التمريض بالجامعة الإسلامية بغزة.

استخدم الباحث الأدوات التالية لجمع البيانات: مقياس الدافع المعرفي من إعداد حمدي الفرماوي، استبانه لقياس الاتجاه نحو مهنة التمريض من إعداد الباحث، مقياس التوافق الدراسي من إعداد حسين الدريني.

استخدم الباحث المعالجات الإحصائية التالية لتحليل البيانات: النسب والمتوسطات، اختبار (ت) واختبار بيرسون.

وكانت أهم نتائج الدراسة:

1. وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الدافع المعرفي والتوافق الدراسي لـــدى طلبة كليات التمريض بمحافظات غزة.
2. وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو مهنة التمـــريض والتوافـــق الدراسي.
3. وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الدراسي تعزى إلى المستوى الدراســـي لصالح طلبة المستوى الرابع.
4. وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الدراسي بين الطلاب والطالبات لـــصالح الطالبات.

4. (دراسة كركالدي ومارتن: B.D Kirkcaldy, T. Martin (2000 بعنوان "ضغط العمل والرضا الوظيفي لدى الممرضين: الفروق الفردية"

Job Stress and Satisfaction Among Nurses: Individual Differences.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين ضغط العمل والرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين في المستشفيات في ايرلندا الشمالية.

تكونت عينة الدراسة من (276) ممرض وممرضة يعملون في كبرى المستشفيات.

أظهرت نتائج الدراسة أن:

1. مصادر الضغط التي لها علاقة بالوضع النفسي تمثلت في الثقة بالنفس، القدرة على القيام بالدور المطلوب، الواجبات المنزلية، والمشاركة الفاعلة في قرارات المؤسسة
2. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ضغط العمل تعزى إلى الجنس
3. وجود علاقة دالة إحصائياً بين ضغط العمل والعمر، حيث أفاد كبار السن أنهم يتعرضون لضغوط في العمل أكثر من صغار السن
4. عدم وجود علاقة بين الدرجة الوظيفية للممرض وضـــغط العمـــل والرضـــا الوظيفي
5. الممرضات العاملات في أقسام الولادة والممرضين العاملين في أقسام العنايـــة المركزة حصلوا على أعلى درجات في مـــستوى الرضـــا الـــوظيفي، بينمـــا

الممرضين الذين يعملون في أقسام الجراحة والباطنة حصلوا على أدنى الدرجات في مستوى الرضا الوظيفي.

5. دراسة (الصباغ: 1999) بعنوان "مستويات ضغط العمل بين الممرضين القانونيين، دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات ضغط العمل التي يواجهها الممرضين القانونيين العاملين في المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة، كما هدفت إلى التعرف على علاقة مستويات ضغط العمل بمتغيرات بيئة عمل التمريض والبيئة الشخصية للممرض.

تكونت عينة الدراسة من 474 ممرض وممرضة من العاملين في المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة.

كانت أهم نتائج الدراسة:

1. الشعور بمستوى عال من ضغط العمل لدى الممرضين والممرضات بشكل عام.
2. وجود فروق دالة إحصائياً في بيئة عمل التمريض ناتجة عن مصادر ضغط العمل.
3. وجود فروق دالة إحصائياً ناتجة عن اختلاف طبيعة العمل في الأقسام المختلفة.
4. وجود فروق دالة إحصائياً ناتجة عن البيئة الشخصية للممرض.

6. (دراسة ديكر: 1998) بعنوان "عوامل الرضا الوظيفي والضغط النفسي المهنية والغير مهنية لدى الممرضين"

Occupational and Non-occupational Factors in Job Satisfaction and Psychological Distress Among Nurses.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم العوامل التي تؤثر في الرضا الوظيفي والضغط النفسي لدى الممرضين، سواء كانت تلك العوامل نابعة من مكان العمل أو من خارجه.

تكونت عينة الدراسة من (376) ممرض وممرضة من مختلف الأقسام.

أظهرت نتائج الدراسة أن:

1. العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي تمثلت في (العلاقة مع رؤساء التمريض، الزملاء، الأطباء، الأقسام الأخرى، والصراع الوظيفي)

2. العوامل المؤثرة في الوضع النفسي تمثلت في (التوافق الاجتماعي، التثبيت في القسم، الخبرة المهنية، الوضع الوظيفي، الصراع الوظيفي والغير وظيفي، بالإضافة إلى العلاقة مع رؤساء التمريض والأطباء)
3. وجود علاقة سلبية بين التثبيت في القسم والرضا، بينما كانت العلاقة إيجابية مع الضغط النفسي
4. عدم وجود علاقة ذات دلالة بين الخبرة المهنية والرضا الوظيفي

7. دراسة نسطاس (1997) بعنوان "دراسة مقارنة في مستشفى الجامعة الأردنية حول تأثير قصر الفترة الزمنية مع الفترة الزمنية الطويلة للمناوبات الليلية على إدراك مفهوم العمل الليلي بشكل عام للعاملين في مهنة التمريض"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير تطبيق النظام الليلي الأسبوعي (القصير) بدلاً من النظام الليلي الشهري (الطويل) على إدراك العاملين في التمريض في مستشفى الجامعة الأردنية لمفهوم العمل الليلي بشكل عام.

تكونت عينة الدراسة من (64) ممرض وممرضة.

لجمع البيانات استخدمت الباحثة استمارة مكونة من 20 فقرة تصف إدراكهم للعمل الليلي على مقياس ليكرت خلال عملهم ضمن النظام الشهري، ومرة أخرى بعد تحويلهم للنظام الأسبوعي لمدة ستة شهور متتالية.

أظهرت نتائج الدراسة:

1. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإدراك الكلي للممرضين والممرضات لمفهوم العمل الليلي سواء كان شهرياً (طويلاً) أو أسبوعياً (قصيراً).
2. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل الديمغرافية والأبعاد الثابتة في الدراسة والمتعلقة بإدراك الممرضين والممرضات للحالة الصحية وإدراكهم للعلاقة مع المريض.
3. الممرضين والممرضات المتزوجين والذين لديهم أطفال أظهروا فروقاً ذات دلالة إحصائية في إدراكهم للعمل الليلي (بعد تجربتهم للعمل القصير).

4. عامل الرغبة في البقاء أو ترك العمل يعتبر أهم العوامل الديمغرافية التي تفسر الاختلافات في إدراك الممرضين والممرضات لنظام العمل الليلي القصير.

8. (دراسة أبو حمد: 1997) بعنوان "الرضا الوظيفي بين مرشدي التمريض بغزة"

هدفت الدراسة إلى التعرف على معرفة درجات الرضا الوظيفي والعوامل المؤثرة والتي لها دور مثل المدير التعليمي في ازدياد الرضا الوظيفي في أي مؤسسة ويظل الرضا الوظيفي من العوامل المهمة للمتعة والسعادة والإنتاج والرضا الوظيفي مهم في العلاقات الإنسانية وذي علاقة والمؤهل التمريضي وخاصة في المجتمع الفلسطيني حيث يوجد للناس علاقات وقيم وعواطف وطمأنينة.

تكونت عينة الدراسة من 44مرشداً وهم مجتمع الدراسة. تم اختيار 15 مرشداً بالعينة العشوائية.

واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلة الشخصية، استبانه لقياس الرضا الوظيفي.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. وجود مستوى جيد من الرضا الوظيفي في مجتمع الدراسة بلغ حوالي65.9%
2. مرشدو التمريض تدرجوا بين أعلى خمس مستويات لعوامل الرضا الوظيفي .
3. ظهور خمس عوامل غير مرضية للمرشدين أهمها انخفاض الراتب وعبء العمل الثقيل.
4. هناك مجموعه من العوامل الهامة للرضا الوظيفي للمشرفين تتعلق بالمدير ،شكل الإدارة ،المسئولية ،العلاقات بين الأفراد ،اتخاذ القرار ،السلوك القائد.
5. سلوك وتصرفات القائد مثل المشاركة في الرؤية تجعل الجميع ينجزون أعمالهم بكل طاقتهم ،ويبدعون في الرأي وهذه من العوامل المؤثرة في تحديد الرضا الوظيفي.

9. دراسة سليمان وأبو غربية (1996) بعنوان "العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي لدى العاملين في مهنة التمريض في الأردن وتقدير الفترة المتوقعة للتوقف"

هدفت الدراسة إلى تحديد العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي عند الممرضين والممرضات في الأردن، وتقدير الفترة المتوقعة للانسحاب من العمل.

تكونت عينة الدراسة من (250) ممرض وممرضة.

كانت نتائج الدراسة:

1. الممرضين والممرضات في الأردن بشكل عام غير راضين عن ظروف عملهم (المواصلات، الحضانات)، الرواتب المدفوعة، الدعم من قبل الإدارة التمريضية وإدارة المستشفيات، والتطور المهني.
2. بلغ معدل الانسحاب من العمل 18.4%
3. وجود فروق دالة إحصائياً في الرضا الوظيفي بين الذين قرروا الاستمرار في العمل والذين قرروا التوقف عن العمل لصالح الذين قرروا التوقف عن العمل.

10. (دراسة العبادي: 1992) بعنوان "العوامل المرتبطة بالرضا الوظيفي لدي العاملين في مهنة التمريض في الأردن"

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الرضا الوظيفي لدى العاملين في مهنه التمريض في الأردن، وعلاقته بالمتغيرات التالية الجنس، العمر، المستوى التعليمي والخبرة، والدخل، وعدد المرضى الموكل للممرض العناية بهم، فترة العمل والسلطة المشرفة على المستشفى.

تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية، حيث تكونت عينة الدراسة من 271 فرداً (57 ممرض و241 ممرضة) من الممرضات والممرضين العاملين في الأردن.

استخدمت الباحثة مقياس الرضا الوظيفي الذي طورته عبير الفار (1986).

استخدمت الباحثة طريقه تحليل الانحدار الخطى المتعدد المتدرج لاستقصاء مدى إسهام المتغيرات المستقلة في تفسير التباين في المتغير التابع وهو الرضا الوظيفي.

كانت أهم نتائج الدراسة:

1. معاملات الارتباط بين الرضا الوظيفي وبين كل مــن الحالــة الاجتماعيــة، والمستوى التعليمي، والخبرة، والدخل، وفترة العمل كمتغيرات مستقلة كانــت ذات دلاله إحصائية، بينما لم تظهر أية ارتباطات ذات دلالــه إحــصائية بــين الرضا الوظيفي وبين بقيه المتغيرات المستقلة (الجنس، والعمر، وعدد المرضى الموكل للمرض العناية بهم، والسلطة المشرفة على المستشفى).
2. متغير الحالة الاجتماعية قد ارتبط ارتباطا ذا دلاله إحصائية بالرضا عن كل من الإدارة، والإشراف، وظروف العمل، ومتطلبات الوظيفة وواجبات العمل الناس المحيطين، والتطور والنمو الذاتي والاعتزاز بالمؤسسة كأبعاد فرعيه للمتغيــر التابع.
3. متغير الدخل قد ارتبط ارتباطا ذا دلاله إحصائية بكل من الرضــا عــن بعــد الإدارة، والإشراف، والرضا العام، وظروف العمل، وواجبات العمل، والنــاس المحيطين، وبعد الاعتزاز بالمؤسسة.
4. متغير الحالة الاجتماعية قد فسر (4%)من تباين الرضا عن العمل كدرجه كليه بينما فسر متغير الدخل ما مقداره (2%) من التباين . وباســتخدام الــدرجات الفرعية لمقياس الرضا عن العمل، حيث فسر (11%) من تباين الرضــا عــن الاعتزاز بالمؤسسة تلاه في الأهمية متغير الدخل حيث فسر (6%) من تبــاين الرضا عن الإدارة، ثم أتى متغير السلطة المــشرفة علــى المستــشفى حيــث فسر(4%) من تباين الرضا عن واجبات العمل، تلاه متغير ورديه العمل حيث فسر (3%) من تباين الرضا عن الاعتزاز بالمؤسسة، أتى بعــد ذلــك متغيــر المستوى التعليمي والجنس والخبرة فسر كل منهما 2% من تباين الرضا عــن الاعتزاز بالمؤسسة.

11. (دراسة سافاناش: Cavanaugh (1992 بعنوان "الرضا الوظيفي للممرضين العاملين في المستشفيات"

Job Satisfaction of Nursing Staff Working in Hospitals

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات الرضا الوظيفي لدى الممرضــات العاملات في المستشفيات البريطانية.

تكونت عينة الدراسة من 221 ممرضة من العاملات في المستشفيات البريطانية.
استخدم الباحث مقياس الرضا الوظيفي لجمع البيانات.
بينت نتائج الدراسة أن أهم عوامل الرضا الوظيفي تمثلت في المشاركة في اتخاذ القرارات، التعليم المستمر، الحوافز، كما بينت أن الراتب لم يكن عاملاً مهماً بالنسبة لعوامل الرضا الوظيفي.

ثالثاً: دراسات تتعلق بالأداء الوظيفي وعلاقته ببعض المتغيرات

1. (دراسة العمري: 2002) بعنوان "بناء نموذج سببي لدراسة تأثير كل من الولاء التنظيمي والرضا الوظيفي وضغوط العمل على الأداء الوظيفي والفعالية التنظيمية"

استهدفت هذه الدراسة اختبار بناء نموذج سببي لدراسة تأثير كل من الولاء التنظيمي والرضا الوظيفي وضغوط العمل على الأداء الوظيفي والفعالية التنظيمية.
تكونت عينة الدراسة من (611) موظفاً من العاملين بالبنوك السعودية.
وقد كشفت النتائج عن مجموعة من العلاقات السببية المعنوية في النموذج، حيث اتضح أن متغير الرضا الوظيفي يتحدد بكل من العمر والخدمة والراتب الشهري وصراع الدور وغموض الدور ومتغير الأداء الوظيفي، كما تبين أن متغير الولاء التنظيمي يتحدد بكل من العمر والخدمة والراتب الشهري وصراع الدور وغموض الدور ومتغير الرضا الوظيفي، أما متغير ضغوط العمل فتحدد بكل من العمر والخدمة والراتب الشهري وصراع الدور وغموض الدور ومتغير الولاء التنظيمي، كما اتضح بان متغير الأداء الوظيفي يتحدد بكل من الولاء التنظيمي و متغير ضغوط العمل والعمر والخدمة، وأخيرا كشفت النتائج أن متغير الفعالية التنظيمية كمتغير نهائي في النموذج يتحدد بكل من الرضا الوظيفي والولاء التنظيمي وضغوط العمل و متغير الأداء الوظيفي.
وقد أوصت الدراسة بأنه يجب على الإدارة تحسين مستوى إدراك العاملين بالأدوار العملية التي يؤدونها، والمنظمة التي يعملون فيها، إذ أن ذلك قد يكون عاملا مؤثرا على رفع الرضا الوظيفي والولاء التنظيمي والأداء الوظيفي وبالتالي الفعالية التنظيمية.

2. (دراسة شمسان: 2001) بعنوان " أثر الرضا الوظيفي على كفاءة أداء أعضاء هيئة التدريس بالتطبيق على جامعة صنعاء"

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الرضا الوظيفي على كفاءة أداء أعضاء هيئة التدريس بجامعة صنعاء. كما هدفت إلى تحديد مصادر الرضا الوظيفي الأكثر تأثيراً على أداء هيئة التدريس بجامعة صنعاء، كما هدفت إلى استكشاف طبيعة العلاقة الارتباطية بين الرضا لأعضاء هيئة التدريس بجامعة صنعاء وأدائهم.

وقد تمثل مجتمع الدراسة في أعضاء هيئة تدريس مختلف كليات جامعة صنعاء مما يتمتعون بالجنسية اليمنية ولا يشغلون مناصب إدارية (كرؤساء للأقسام مثلاً) وقد بلغت عينة البحث (144) محاضراً من أعضاء هيئة التدريس العاملين في مختلف أقسام كليات صنعاء بنسبة 33.5% من إجمالي مجتمع الدراسة، وبلغ عدد الطلبة الذين قاموا بتقويم كفاءة الأداء لعضو هيئة التدريس في مختلف كليات جامعة صنعاء (1440) طالباً بواقع عشرة طلاب لكل عضو هيئة تدريس والبالغ عددهم 433 عضواً يمنياً.

وكانت أهم نتائج الدراسة:

بالنسبة لعوامل الرضا الوظيفي كانت النتائج مرتبة كما يلي:

- في المرتبة الأولى(الرضاء عن محتوى العمل الجامعي)
- في المرتبة الثانية(الرضاء عن جماعة العمل الجامعي)
- في المرتبة الثالثة(الرضاء المالي)
- في المرتبة الرابعة(عن ساعات وظروف العمل الجامعي(
- في المرتبة الخامسة(الرضاء عن نمط الإشراف وفرص التقدم والترقية)

وانتهى الباحث إلى عدد من التوصيات المهمة في هذا السياق منها:

1. هناك ضعف ملحوظ عبر عنه جميع أفراد العينة في معظم عناصر الرضاء المالي تضمن زيادة مخصصات الخدمات الصحية والمشاركة في المؤتمرات العلمية وحوافز البحث العلمي وتشجيع التأليف، رفع مستويات الأجور وإعادة النظر في سياسة التسكين في ضوء الإمكانيات المتاحة للدولة والجامعة .
2. قيام الجامعة بإجراء دراسات موضوعية مستمرة لقياس الرضاء الوظيفي .

3. تحسين ظروف العمل الجامعي.
4. العمل على زيادة أعضاء هيئة التدريس لانخفاض نسبتهم مقارنة بالطلاب بالجامعة لتبنى جامعة صنعاء لنظام فعال لتقويم كفاءة الأداء الأكاديمي من خلال التقويم الذاتي للأداء على مستوى الجامعة ككل يتضمن النقاط التالية:
- تقويم رسالة الجامعة ومهماتها وأهدافها.
- تقويم الأداء التدريسي.
- تقويم أداء البحث العلمي.
- تقويم أداء خدمة المجتمع.

3. **(دراسة الغامدي: 1999) بعنوان " تقويم الأداء الوظيفي وعلاقته ببعض المتغيرات لدي المرشدين الطلابيين بمحافظة جدة التعليمي"**

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجـود علاقـة بـين الأداء الـوظيفي للمرشدين ومراحل التعليم العام التي يعملون بها، كما هدفت إلى معرفة مـدى وجـود علاقة بين الأداء الوظيفي للمرشدين وفئات أعمارهم، وهدفت على معرفة مدى وجود علاقة بين الأداء الوظيفي للمرشدين الطلابيين ومستويات تأهيلهم العلمي، مدى وجود علاقة بين الأداء الوظيفي للمرشدين الطلابيين ونوعيات تأهيلهم، كما هدفت إلى معرفة مدى وجود علاقة بين الأداء الوظيفي للمرشدين الطلابيين وعدد سنوات الخدمة فـي التعليم.

بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (225) مرشداً طلابياً منهم (126) مرشداً فـي المرحلـة الابتدائية و (62) مرشداً في المرحلة المتوسطة و(37) مرشداً في المرحلة الثانوية تم اختيارهم بشكل عشوائي وقد طبق الجانب الميداني من الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول عام 1999.

استخدم الباحث الأدوات التالية لجمع البيانات: استمارة من إعداد الباحـث، نمـوذج تقويم الأداء الوظيفي للمرشد الطلابي المعتمد في وزارة المعارف.

كانت أهم نتائج الدراسة:

1- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات في درجات تقديرات الأداء الوظيفي مقارنة بمراحل التعليم العام المختلفة التي يعمل بها المرشد.

2- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات تقديرات الأداء الوظيفي للمرشدين وفقاً لمستويات تأهيلهم.
3- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات تقديرات الأداء الوظيفي للمرشدين وفقاً لفئات أعمارهم.
4- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات تقديرات الأداء الوظيفي للمرشدين وأنواع تأهيلهم المختلفة.
5- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات تقديرات الأداء الوظيفي وفقاً لتقديرات المؤهلات العلمية للمرشدين.
6- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات تقديرات الأداء الوظيفي تبعاً للخدمة في الإرشاد لدى المرشدين.

4. (دراسة نواوي: 1996) بعنوان "تقويم الأداء الوظيفي للمعلمين المكلفين بالإرشاد بتعليم جدة"

هدفت الدراسة إلى التعرف على جوانب القوة والضعف في الممارسات المهنية للمعلمين المكلفين بالإرشاد ومعوقات العمل ومشكلاته وسبل تحسينها، كما هدفت إلى الخروج ببعض التوصيات والمقترحات التي تساعد على تطوير العملية الإرشادية.

شملت عينة الدراسة (40) معلماً من المنطقة التعليمية بجدة مكلفاً بالإرشاد وقد تم تطبيق الجانب الميداني في الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني عام 1996.

استخدم الباحث الأدوات التالية لجمع البيانات: استمارة من إعداد الباحث، نموذج تقويم الأداء الوظيفي للمرشدين بوزارة المعارف.

كانت أهم نتائج الدراسة:

1- أظهرت الدراسة أن 69% من عينة الدراسة يتراوح مستوى أدائهم ما بين جيد جداً وممتاز.
2- أظهرت الدراسة أن 83% من عينة الدراسة حصلوا على أعلى نسبة في محور السلوك العام والقدوة الحسنة.
3- أظهرت الدراسة أن هناك بعض محاور الأداء الوظيفي للمعلمين المكلفين بالإرشاد سجلت أدنى نسبة في متوسط استجابات الفئات الثلاثة وهي (الاهتمام

بالإرشاد التعليمي والمهني، القدرة على تطوير أساليب العمل).

4- أظهرت نتائج الدراسة ارتفاع نسبة متوسط استجابات الفئات الثلاثة للبعد الخاص بتنظيم ملفات العمل.

5- أظهرت نتائج الدراسة انخفاض النسبة في متوسط استجابات العينة لمحور القدرة على تطوير أساليب العمل.

رابعاً: دراسات تتعلق بالأداء الوظيفي للممرضين

1. (دراسة ماريان والفاعوري: Mrayyan & Al-Faouri (2008) بعنوان "الانتماء المهني والأداء الوظيفي لدى الممرضين في الأردن"

Career Commitment and job performance of Jordanian Nurses

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الانتماء المهني والأداء الوظيفي لـــدى الممرضات والممرضين الأردنيين.

تكونت عينة الدراسة من (640) ممرض قانونية تـــم اختيـــارهم مـــن 24 مستـــشفى بالأردن.

كانت أهم نتائج الدراسة:

1. وجود علاقة إيجابية بين الانتماء المهني والأداء الوظيفي للتمريض.
2. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الانتماء المهني.
3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء لصالح الممرضين الذين يعملون في مستشفيات خاصة.
4. استعداد الممرضين للمشاركة في البرامج التطويرية من وقتهم الخاص.

2. (دراسة أبو الرب و الزرو: Abu Al-Rub & Al-Zaru (2008) بعنوان "ضغط العمل، التقدير، الأداء الوظيفي والرغبة في البقاء في العمل لدى الممرضين العاملين في المستشفيات الأردنية"

Job Stress, Recognition, Job Performance and Intentional to Stay Among Jordanian Hospital Nurses.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين ضغط العمل وتقدير أداء التمريض والرغبة في البقاء في العمل لدى الممرضين والممرضات.

تكونت عينة الدراسة من (206) ممرض وممرضة.

بينت نتائج الدراسة وجود أثر مباشر لتقدير أداء التمريض على ضغط العمل والرغبة في البقاء في العمل.

3. (دراسة باكارد وموتودلو: John S. Packard & Motowidlo (2007

بعنوان "الضغط الغير موضوعي، الرضا الوظيفي، والأداء الوظيفي لدى ممرضي المستشفيات"

Subjective Stress, Job Satisfaction, and Job Performance of Hospital Nurses.

هدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين الضغط الغير موضـوعي والرضـا الوظيفي وأداء الممرضين الذين يعملون في المستشفيات.

تكونت عينة الدراسة من (366) ممرض وممرضة، (165) مشرف تمريض، (139) مساعدين.

أظهرت نتائج الدراسة:

1. عدم وجود علاقة مباشرة بين ضغط العمل والرضا الوظيفي
2. الضغط الذي يصاحبه اكتئاب يؤدي إلى انخفاض مستوى الأداء
3. عدم وجود علاقة بين الرضا الوظيفي والأداء
4. الرضا الوظيفي يرتبط بالاكتئاب، الذي بدوره يتأثر بالضغوط وسمات الشخصية.

4. (دراسة ماريان والفاعوري: Mrayyan & Al-Faouri (2007 بعنوان

"الانتماء المهني والأداء الوظيفي: الفروق بين الممرضين العاملين في أقسام العناية المركزة والممرضين العاملين في الأقسام الأخرى"

Nurses' Career Commitment and Job Performance: Differences between Intensive Care Units and Wards.

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف الفروق في الانتماء المهني والأداء الوظيفي بين الممرضين العاملين في أقسام العناية المركزة والممرضين العاملين في الأقسام الأخرى.

تكونت عينة الدراسة فعلياً من (371) ممرض وممرضة من العاملين في المستشفيات الأردنية.

كانت أهم نتائج الدراسة:

1. كل الممرضات والممرضين أظهروا انتماءً عالياً لمهنة التمريض، كما أن الأداء وصف بأنه جيد.
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الانتماء المهني والأداء الوظيفي بين الممرضين الذين يعملون في أقسام العناية المركزة والأقسام الأخرى لصالح العاملين في أقسام العناية المركزة.
3. من أجل رفع مستوى الأداء والرقي بالمهنة يتوجب منح فرص للممرضين للتعليم المستمر.

5. (دراسة ميوكي تاكاسي وآخرون: Miyuki Takase (2004 بعنوان

"تفسير السلوك المهني للتمريض من خلال إدراكهم لبيئة وقيم العمل"

Explaining Nurses' Work Behavior From Their Perception of Environment and Work Values.

هدفت الدراسة إلى تفحص كيفية تأثير العلاقة بين إدراك الممرضين لبيئة وقيم العمل على أداء التمريض، وهل تلك الإدراكات ممكن أن تؤدي إلى ترك العمل.

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين، الأولى (346) ممرض وممرضة شملتهم دراسة مسحية، والمجموعة الثانية تكونت من (6) ممرضين شكلوا مجموعة بؤرية Focus Group .

أظهرت نتائج الدراسة أنه تم المحافظة على أداء جيد للممرضين الذين يعملون في بيئة مهنية تمنح بعض الحوافز للممرضين الذين يعتبر أدائهم المهني عالي، بالمقابل فإن العوامل السلبية في بيئة العمل أثرت بشكل مباشر على أداء التمريض ودفعتهم للتفكير بترك العمل.

6. (دراسة دراخ – زاهافي أنات: Drach-Zahavy Anat (2004 بعنوان

"أثر استخدام نموذج تقديم الرعاية التمريضية الأولية على أداء التمريض"

The Impact of Primary Nursing Care-Delivery Models on the Performance of Nurses.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر استخدام نموذج تقديم الرعاية التمريضية الأولية على أداء التمريض، كما هدفت إلى معرفة أثر الإدارة الداعمة على الأداء.

تكونت عينة الدراسة من (368) ممرضة وممرض يعملون في مختلف الأقسام.

بينت نتائج الدراسة أن استخدام نموذج تقديم الرعاية التمريضية الأولية لوحده لم يؤثر بشكل مباشر على أداء التمريض، كما بينت أن التفاعل والتكامل بين نموذج تقديم الرعاية التمريضية الأولية والدعم الذي يتلقاه الممرض من المسئولين عنه أثر بشكل إيجابي على أداء التمريض.

7. (دراسة أبو الرب: Abu Al-Rub, Raeda (2004 بعنوان "ضغط العمل، الأداء الوظيفي، والدعم الاجتماعي لدى ممرضي المستشفيات"

Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر ضغط العمل على الأداء الوظيفي لدى الممرضين الذين يعملون في المستشفيات، كما هدفت إلى معرفة أثر الدعم الاجتماعي من الزملاء على العلاقة بين ضغط العمل والأداء.

تكونت عينة الدراسة من (263) ممرضة وممرض أمريكي، و (40) ممرضة وممرض غير أمريكي.

استخدمت الباحثة مقياس ضغط العمل للتمريض، ومقياس أداء التمريض.

أظهرت الدراسة النتائج التالية:

الدعم الاجتماعي من الزملاء كان له أثر واضح في رفع مستوى الأداء وتقليل الضغوط النفسية

2. وجود علاقة دالة إحصائياً بين ضغط العمل والأداء
3. الممرضين الذي يتعرضون لمستويات فوق المتوسطة من الضغوط أثناء العمل يعتقدون أن أدائهم أقل من أداء الذين يتعرضون لمستويات منخفضة من الضغوط

8.(دراسة تزنج: Huey-Ming Tzeng (2004) بعنوان "الفحص الذاتي لمهارات التمريض، متطلبات العمل، والأداء الوظيفي لدى الممرضين في المستشفيات بدولة تايوان"

Nurses Self-assessment of their Nursing Competencies, Job Demands, and Job Performance in the Taiwan Hospital system.

هدفت الدراسة إلى استكشاف مستوى مهارات التمريض من خلال الفحص الذاتي، كما هدفت إلى التعرف على متطلبات العمل ومستويات الرضا الوظيفي لدى الممرضين العاملين في مستشفيات تايوان.

تكونت عينة الدراسة من (850) ممرض وممرضة، وقد تم التركيز على 21 مهارة تمريضية تم تصنيفها إلى ثلاث مجموعات (المهارات التمريضية الأساسية – المهارات التمريضية المتوسطة – المهارات التمريضية المتقدمة ومهارات الإشراف)

استخدم الباحث اختبار الانحدار المتعدد لتحليل البيانات.

بينت نتائج الدراسة أن:

1. مؤشرات الرضا عن أداء التمريض تضمنت (المهارات التمريضية المتوسطة – الفروق في الفحص الذاتي للممرضين ومتطلبات العمل في المهارات التمريضية الأساسية – الرضا العام عن مهارات التمريض)
2. الفحص الذاتي في المهارات التمريضية الأساسية والمهارات المتقدمة كان لها دور في رفع مستوى الرضا الوظيفي العام
3. وجود علاقة إيجابية دالة بين المهارات التمريضية والأداء

9. (دراسة صقر:2001) بعنوان "اختبار تأثير برنامج تعليمي على أداء الممرضات اللاتي يعتنين بمريض زرع الكلى"

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار تأثير برنامج تعلمي على أداء الممرضات اللاتي يعتنين بالمرضى الذين أجريت لهم عملية زراعة كلى في جمهورية مصر العربية.

استخدمت الباحثة عينة بحثية هادفة (متاحة) شملت عدد 30 ممرضة من خريجات مدارس دبلوم التمريض تراوحت أعمارهن بين 18-37 سنة وتراوحت مدة خبرتهن بين سنة وأكثر من عشر سنوات يعملن في ثلاث وحدات لزرع الكلى بالمستشفيات الآتية : مستشفى قصر العيني التعليمي الجديد، وحدة الملك فهد بمستشفى المنيل الجامعي، المركز الطبي المقاولون العرب.

تم جمع بيانات الدراسة عن طريق المقابلة الشخصية للممرضات كل على حدة، تم جمع البيانات الخاصة بالدراسة عن طريق استخدام استمارة استبيان عن الحالة الديمغرافية للممرضات، اختبار قبلي وبعدى أشتمل على 50 سؤال لتقييم معلومات الممرضات مقسمة إلى 7 أجزاء تغطى كل الموضوع، وقد تم إعطاء الاختبار القبلي قبل إعطاء البرنامج ثم بعده بـ 4 أسابيع، استمارة ملاحظة قبل إعطاء البرنامج مقسمة إلى 9 أجزاء تشتمل على 114 بند لتقييم أداء الممرضات في العناية التمريضية لمريض زرع الكلى بعد إجراء العملية.

وكانت أهم نتائج الدراسة:

1. وجود فروق إيجابية ذات دلالة إحصائية في معظم معلومات عينة البحث نحو العناية التمريضية لمريض زرع الكلى بعد العملية.
2. وجود فروق إيجابية ذات دلالة إحصائية في إطار عينة البحث نحو العناية التمريضية لمريض زرع الكلى.
3. وجود علاقة إيجابية مطردة بين بعض معلومات عينة البحث.
4. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تجاه معلومات الممرضات عن الفشل الكلوي المزمن وتعليم المريض.
5. وجود فروق إيجابية ذات دلالة إحصائية تجاه أداء الممرضات لكل الأنشطة التمريضية اللازمة لمريض زرع الكلى بعد العملية.

10. (دراسة فيتزباتريك وآخرون: 1999) .Fitzpatrick J.M et.al بعنوان

"أثر نظام العمل بالورديات على أداء التمريض: المعلومات الحالية وقضايا البحث"

Shift Work and its Impact upon Nurses Performance: Current Knowledge and Research Issues.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر نظام العمل بالورديات على أداء التمريض في المستشفيات البريطانية.

تكونت عينة الدراسة من (34) ممرضة وممرض يعملون بنظام الورديات.

أظهرت نتائج الدراسة أن نظام ورديات العمل 12 ساعة يقلل من فاعلية أداء التمريض، كما أظهرت الحاجة إلى الاهتمام برفاهية الممرض، والحاجة إلى إدارة نظام الورديات بشكل معاير من أجل تحسين الأداء.

11. (دراسة ألجوني و كيرفان جونز: 1998) Algoni CA. & Kirvan-Jones

بعنوان "تقليل الاختلافات في الأداء لدى الممرضين العاملين في مراكز تتلقى معلومات عبر التليفون"

Reducing Variations in Nurse Performance in A telephone-based Nurse Triage Center.

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى إمكانية استخدام التحليل الإحصائي للبيانات التي يتم جمعها حول الأداء في التقليل من الاختلافات في أداء الممرضين الذين يعملون في مراكز تتلقى معلومات من المرضى بواسطة التليفون.

تكونت عينة الدراسة من (500) ممرض وممرضة قانونية.

أظهرت نتائج الدراسة الحاجة إلى تطوير مستمر لنموذج جودة الأداء بحيث يحدد ويعالج مواضع التساؤلات المشكل وبالتالي يقلل من الاختلافات في الأداء ويضمن تقديم الخدمة الصحيحة والآمنة للمرضى.

12. (دراسة ميكولكي: Mikulecky Larry (1983 بعنوان "المعرفة المهنية والأداء الوظيفي لدى الممرضين من مستويات مهنية مختلفة"

Job Literacy and job Performance Among Nurses at Varying Employment levels.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى المعرفة المهنية والأداء الوظيفي لدى الممرضين، كما هدفت إلى تحليل الفروق في الأداء الوظيفي والخبرة.

تكونت عينة الدراسة من (27) ممرض وممرضة من ثلاث مستويات مختلفة (تدريبية – خبرة – إشراف)

استخدمت الباحثة طريقة الملاحظة والمقابلة الشخصية لجمع البيانات.

أظهرت نتائج الدراسة:

1. عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاثة في قدرتهم على تحديد المفاهيم الرئيسة للمهنة
2. 25% من الممرضين كان أداؤهم مميز، 56% كان أداؤهم فوق المتوسط، و19% كان أداؤهم مقبول.

تعقيب على الدراسات السابقة:

أولاً: من حيث الهدف

تنوعت الدراسات في أهدافها، فبعضها هدفت إلى التعرف على جوانب الصحة النفسية للممرضين العاملين بالمستشفيات كما في دراسة الشافعي (2002)، دراسة زهران (1995)، دراسة أبو حمد(1997)، دراسة سافاناش (1992)، وبعضها هدفت إلى التعرف على مستويات ضغط العمل مثل دراسة الصباغ (1999)، دراسة أبو الرب والزرو (2008)، دراسة أبو الرب (2004)، وبعضها هدفت إلى التعرف على الأداء وعلاقته ببعض المتغيرات مثل دراسة العمري (2002)، دراسة الغامدي (1999)، دراسة ماريان والفاعوري (2008)، دراسة باكارد و موتودلو (2007)، دراسة دراخ زاهافي أنات (2004)، دراسة تزنج (2004)، دراسة فيتزباتريك (1999)، دراسة ميكولكي (1983). وتهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات بفئاتهم المختلفة وعلاقة ذلك بأدائهم المهني.

ثانياً: من حيث العينة

اختلفت الدراسات السابقة في العينات المستخدمة سواء في العدد أو الجـنس أو السن حيث شملت عينات تلك الدراسة مراحل عمريه مختلفة تتناسـب مـع مـشكله الدراسة قيد البحث ،وقد اشتملت معظم الدراسات على النوعين (ذكور وإنـاث) مثـل دراسة ماريان والفاعوري (2008)، دراسة باكارد وموتودلو (2007)، دراسة ميوكي تاكاسي (2004)،دراسة تزنج (2004)، دراسة الشافعي (2002)، دراسـة شـقورة (2002)، دراسة الصباغ (1999)، دراسة أبو حمد (1997)، دراسة عيسى (1995)، دراسة العبادي (1992)، ومنها ما اشتملت على الإناث فقـط مثـل دراسـة صـقر (2001)، دراسة سافاناش (1992)، ومنها ما اشتمل على الذكور فقط مثـل دراسـة الغامدي (1999)، دراسة نواوي (1996). ومنها ما اشتملت العينة علـى ممرضـين وممرضات مثل دراسة الشافعي (2002)، دراسة أبو حمد (2000)، دراسة ماريـان والفاعوري (2008) و (2007)، دراسة ألجوني (1998)، دراسـة ديكـر (1998)، ومنها ما اشتملت عينة الدراسة على عاملين في مهن أخرى مثل دراسة عبـد القـادر (2000)، دراسة النجار (1998)، دراسة عيسى (1995)، دراسة المشعان (1993)، دراسة العمري (2002)، دراسة الغامدي (1996)، وتتكون عينة الدراسة الحالية من الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة من كـلا الجنسين (الذكور والإناث) وحاصلين على مستويات مختلفة من المـؤهلات العلميـة (الدبلوم، البكالوريوس، الماجستير).

ثالثاً: من حيث أدوات الدراسة

تنوعت أدوات الدراسة المستخدمة في الدراسات السابقة، فمعظـم الدراسـات استخدمت الاستبانه مثل دراسة أبو الرب (2004)، دراسة الشافعي (2002)، دراسة شقورة (2002)، دراسة عبد القادر (2000)، دراسة النجار (1998)، دراسة عيسى (1995)، دراسة العبادي (1992)، دراسة سافاناش (1992)، ومنهـا مـا اسـتخدم المقابلة الشخصية مثل دراسة أبو حمد (1997)، ومنها مـن اسـتخدم المجموعـات البؤرية مثل دراسة ميوكي تاكاسي (2004)، ومنا من اسـتخدم طريقـة الملاحظـة والمقابلة الشخصية مثل دراسة ميكولكي (1983)، واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة

مقياس الصحة النفسية للتمريض من إعداد الباحثة، كما استخدمت نموذج تقييم الأداء المعتمد رسمياً في وزارة الصحة الفلسطينية.

رابعاً: من حيث المعالجات الإحصائية

تنوعت أساليب المعالجة الإحصائية بما يتناسب مع صيغه كل دراسة، فقد استخدمت المعالجات الإحصائية البسيطة كالنسب المئوية والمتوسطات والانحراف المعياري مثل دراسة زهران (1995)، ومنها ما استخدم تحليل التباين الأحادي كما في دراسة زهران (1995)، ودراسة الشافعي (2002)، ومنها ما استخدم اختبار (ت) واختبار بيرسون للعلاقات مثل دراسة شقورة (2002)، ومنها من استخدم اختبار الانحدار المتعدد مثل دراسة تزنج (2004).

وقد استفادت الباحثة من تلك المعالجات الإحصائية في كيفيه استخدامها في دراستها الحالية حيث استخدمت الباحثة بعض المعالجات الإحصائية مثل التكرارات و النسب المئوية واختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي واختبار شيفيه البعدي للمقارنات المتعددة، واختبار بيرسون لتحليل البيانات وإظهار النتائج.

خامساً: من حيث النتائج

أظهرت نتائج دراسة الشافعي (2002) انخفاض مستوى التوافق المهني لدى الممرضين، بينما أظهرت نتائج دراسة أبو حمد (1997) وجود مستوى جيد من الرضا الوظيفي، وأظهرت نتائج دراسة عبد القادر (2000) أن الأخصائيين الاجتماعيين يتمتعون بمستوى جيد من التوافق المهني، وبينت دراسة عيسى (1995) أن معلمات رياض الأطفال يتمتعن بمستوى جيد من التوافق المهني.

أظهرت نتائج دراسة ديكر (1998) أن العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي تمثلت في العلاقة مع رؤساء التمريض، الأطباء، الأقسام الأخرى، الصراع الوظيفي. بينما أظهرت نتائج دراسة أبو حمد (1997) وجود عوامل هامة للرضا الوظيفي تتمثل في العلاقة مع المدير، شكل الإدارة، المسئولية، العلاقات بين الأفراد، اتخاذ القرار، سلوك القائد. وبينت دراسة سافاناش (1992) أن أهم عوامل الرضا الوظيفي تمثلت في المشاركة في اتخاذ القرارات، التعليم المستمر، الحوافز، بينما لم يكن الراتب الشهري عاملاً هاماً بالنسبة لعوامل الرضا الوظيفي.

يتضح من الدراسات السابقة أن الباحثين السابقين تناولوا بعض جوانب الصحة النفسية مثل الرضا الوظيفي، والتوافق المهني ودراسة علاقتها ببعض المتغيرات مثل الأداء، الإنتاج، الاحتراق النفسي، أما الدراسة الحالية فقد اختلفت عن الدراسات السابقة حيث أنها درست مستوى الصحة النفسية بشكل عام للممرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية وعلاقته بأدائهم مما يضفي على الدراسة الجدية والمزيد من الأهمية.

فروض الدراسة:

1. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين درجات الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية ودرجات الممرضين والممرضات على مقياس الأداء المهني العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة.
2. توجد مستويات متباينة للصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة.
3. توجد مستويات متباينة للأداء المهني لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث).
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المؤهل العلمي (دبلوم – بكالوريوس - ماجستير).
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير القسم الذي يعمل فيه الممرض / الممرضة (أقسام عادية – أقسام ساخنة).
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير سنوات الخبرة (7 سنوات فأقل، 8 – 14 سنة، 15 سنة فأكثر).
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي (1500 شيكل فأقل، 1600 – 2500 شيكل، 2600 شيكل فأكثر).

الفصـــل الرابع
إجــراءات الدراسة

أولاً: منـهج الدراسة

ثانياً : مجتمع الدراسة

ثالثاً: عينـة الدراسة

رابعاً: أدوات الدراسة

خامساً: صدق وثبات أدوات الدراسة

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

سابعاً: خطوات الدراسة

الفصـــل الرابع

إجراءات الدراسة

تناولت الباحثة في هذا الفصل أهم الإجراءات التي قامت بها لتحقيـق أهـداف الدراسة ولقد تمثلت هذه الإجراءات في اختيـار مجتمـع وعينـة الدراسـة، وأدوات الدراسة، والتأكد من صدق أدوات الدراسة وثباتها وأهم الخطوات التـي قامـت بهـا لتحقيق أهدافها والأساليب الإحصائية التي استخدمت لاستخراج النتائج.

أولاً: منهج الدراسة

استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الذي تحاول الباحثة مـن خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة وتحليل بياناتها.

المنهج الوصفي التحليلي يعتبر من المناهج التي تهدف إلى تجهيز البيانـات حـول الموضوع أو الظاهرة التي يدرسها الباحث كما هي بدون تدخل أو تغير فـي تلـك البيانات وذلك لإثبات فروض معينة من أجل الإجابة على تساؤلات تـم تحديـدها مسبقاً (الأغا، 1999: 33).

ثانياً: مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة الأصلي من جميع الممرضـين والممرضـات العـاملين بالمستشفيات الحكومية الكبرى وهي "مجمع الشفاء الطبي، مجمـع ناصـر الطبـي، ومستشفى غزة الأوروبي" للعام 2008 وعددهم (982) ممرض وممرضة

(559 ذكور، و 423 إناث) منهم (529) يحملون درجة الـدبلوم، (429) يحملـون درجة البكالوريوس، و (24) يحملون درجة الماجـستير (دائـرة التمـريض، وزارة الصحة الفلسطينية: 2008)

ثالثاً: عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة بصورة عشوائية حيـث مثلـت 20% مـن مجتمـع الدراسة، وقد تكونت عينة الدراسة من (220) ممرض وممرضة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية النسبية، وبلغ عدد الذين أجابوا على الاستبانه (201) ممـرض وممرضـة (109 ذكور و 98إناث).

وقد قسمت العينة إلى قسمين:

*أ. **عينة استطلاعية:*** طبقت استبانه الصحة النفسية على عينة استطلاعية مكونة من (100) ممرض وممرضة (30) من مستشفى غزة الأوروبي و (30) من مجمع ناصر الطبي و (40) من مجمع الشفاء الطبي، تم اختيارهم بشكل عشوائي من كل مستشفى وذلك لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة كما مبين في جدول (1).

جدول (1) توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب المؤهل العملي

الجنس	المؤهل العلمي			المجموع
	دبلوم	بكالوريوس	ماجستير	
ذكور	29	28	5	62
إناث	22	16	--	38
المجموع	51	44	5	100

جدول (2) توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب سنوات الخبرة

الجنس	سنوات الخبرة			المجموع
	7 سنوات فأقل	8 – 14 سنة	15 سنة فأكثر	
ذكور	16	20	26	62
إناث	13	21	4	38
المجموع	29	41	30	100

ب. ***عينة فعلية:***

وهي التي طبقت عليها أدوات الدراسة بعد إجراء الصدق والثبات، وتتكون من (201) ممرض وممرضة، منهم (109) ذكور و (92) إناث كما مبين في جدول (3)

جدول (3) يبين توزيع أفراد العينة الفعلية بالنسبة للجنس والمؤهل العلمي

الجنس	المؤهل العلمي			
	دبلوم	بكالوريوس	ماجستير	المجموع
ذكور	39	65	5	109
إناث	47	45	--	92
المجموع	86	110	5	201

جدول (4) يبين توزيع أفراد العينة الفعلية بالنسبة لسنوات الخبرة

الجنس	سنوات الخبرة			المجموع
	7 سنوات فأقل	8 – 14 سنة	15 سنة فأكثر	
ذكور	28	30	51	109
إناث	43	34	15	92
المجموع	71	64	66	201

جدول (5) يبين توزيع أفراد العينة الفعلية بالنسبة للدخل

الجنس	الدخل الشهري بالشيكل			المجموع
	1500 فأقل	1600 – 2500	2600 فأكثر	
ذكور	3	35	71	109
إناث	8	63	21	92
المجموع	11	98	92	201

جدول (6) يبين توزيع أفراد العينة الفعلية بالنسبة للقسم

الجنس	القسم		المجموع
	أقسام عادية	أقسام ساخنة	
ذكور	62	47	109
إناث	62	30	92
المجموع	124	77	201

رابعاً: أدوات الدراسة

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات التالية:

أ. مقياس الصحة النفسية للممرضين (من إعداد الباحثة).

ب. نموذج تقييم الأداء المعتمد في وزارة الصحة الفلسطينية.

أ. مقياس الصحة النفسية:

من خلال العرض النظري للتعريفات الخاصة بالصحة النفسية والدراسات السابقة واطلاع الباحثة على مقاييس الصحة النفسية وأخذ أراء بعض الممرضين والممرضات، فقد استفادت الباحثة من العبارات التي وردت في تلك المقاييس وذلك بصياغتها في صورة مواقف تناسب العاملين في مهنة التمريض بحيث تعبر عن واقع بيئة وحياة الممرضين، ويتكون الاستبيان في صورته الأولية من 96 فقرة موزعة على أربعة أبعاد:

البعد الأول: البعد الشخصي (36) موقف

البعد الثاني: البعد الاجتماعي (19) موقف

البعد الثالث: البعد المهني (14) موقف

البعد الرابع: البعد الروحي (27) موقف

وتتدرج الاستجابات تحت ثلاث مستويات (موافق، محايد، غير موافق)

موافق = 3 محايد = 2 غير موافق = 1 للفقرات الموجبة

موافق = 1 محايد = 2 غير موافق = 3 للفقرات العكسية

خامساً: صدق وثبات أدوات الدراسة

أ: **الصدق Validity**

1. صدق المحكمين:

قامت الباحثة بتسليم نسخة من استبانه الصحة النفسية في صورتها الأولية لمجموعة من الأساتذة ذوي الخبرة في مجال علم النفس والصحة النفسية وذلك بهدف الاستفادة من أرائهم في عملية تقنين الاستبانه (الملاحق).

2. صدق الاتساق الداخلي Internal Consistency

قامت الباحثة الحالية بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للاختبار مع بيان مستوى الدلالة في كل حالة، ثم درجة كل فقرة مع مجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وانتهت بحساب درجة ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس مع الأبعاد الأخرى والدرجة الكلية للمقياس وذلك كما هو مبين في الجداول التالية:

جدول (7) معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية (ن = 100)

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.602	**	33	0.442	**	65	0.003	//
2	0.672	**	34	0.460	**	66	0.222	*
3	0.377	*	35	0.701	**	67	0.277	**
4	0.475	**	36	-0.134	//	68	0.206	*
5	0.379	**	37	0.371	**	69	0.377	**
6	0.566	**	38	0.142	//	70	0.257	**
7	0.085	//	39	0.491	**	71	0.322	**
8	0.797	**	40	0.268	**	72	0.161	//
9	0.729	**	41	0.179	//	73	0.032-	//
10	0.440	**	42	0.349	**	74	0.062-	//
11	0.102	//	43	0.397	**	75	0.118-	//
12	0.471	**	44	0.421	**	76	0.218	*
13	0.568	**	45	0.322	**	77	0.310	**
14	0.610	**	46	0.314	**	78	0.203	*
15	0.501	**	47	0.160-	//	79	0.276	**
16	0.459	**	48	0.261	**	80	0.189	//
17	0.457	**	49	0.252	*	81	0.083	//
18	0.458	**	50	0.183	//	82	0.263	**
19	0.338	**	51	0.196	//	83	0.194	//
20	0.568	**	52	0.519	**	84	0.111	//
21	0.204	*	53	0.377	**	85	0.205	*
22	0.491	**	54	0.059-	//	86	0.173	//
23	0.749	**	55	0.415	**	87	0.322	**
24	0.418	**	56	0.170-	//	88	0.184	//
25	0.415	**	57	0.211	*	89	0.330	**
26	0.311	**	58	0.110-	//	90	0.042	//
27	0.634	**	59	0.294	*	91	0.342	**
28	0.406	**	60	0.087-	//	92	0.087	//
29	0.338	**	61	0.364	**	93	0.276	**
30	0.249	*	62	0.342	**	94	0.028	//
31	0.308	**	63	0.402	**	95	0.087	//
32	0.353	**	64	0.236	*	96	0.104-	//

** دالة عند مستوى 0.01   * دالة عند مستوى 0.05   // غير دالة

جدول (8) معامل الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تندرج تحته

البعد الشخصي					
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	** 0.643	13	** 0.559	25	** 0.438
2	** 0.595	14	** 0.661	26	** 0.427
3	** 0.478	15	** 0.527	27	** 0.658
4	** 0.516	16	** 0.520	28	** 0.477
5	** 0.400	17	** 0.398	29	* 0.212
6	** 0.483	18	** 0.558	30	* 0.234
7	// 0.083	19	** 0.416	31	** 0.299
8	** 0.830	20	** 0.719	32	** 0.276
9	** 0.759	21	// 0.164	33	** 0.457
10	** 0.518	22	** 0.593	34	** 0.468
11	// 0.190	23	** 0.711	35	** 0.747
12	** 0.409	24	** 0.468	36	// 0.211-

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05 // غير دالة

جدول (9) معامل الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تندرج تحته

البعد الاجتماعي					
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	** 0.345	8	** 0.524	15	* 0.252
2	** 0.402	9	** 0.616	16	** 0.350
3	** 0.695	10	** 0.598	17	** 0.626
4	** 0.293	11	** 0.359	18	** 0.399
5	** 0.417	12	* 0.254	19	** 0.288
6	** 0.405	13	** 0.521		
7	** 0.466	14	* 0.285		

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05 // غير دالة

جدول (10) معامل الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تتدرج تحته

البعد المهني					
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	-0.077 //	6	0.531 **	11	0.318 **
2	0.342 **	7	0.630 **	12	0.490 **
3	0.365 **	8	0.626 **	13	0.478 **
4	0.418 **	9	0.609 **	14	0.497 **
5	0.175 //	10	0.349 **		

** دالة عند مستوى 0.01   * دالة عند مستوى 0.05   // غير دالة

جدول (11) معامل الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تتدرج تحته

البعد الروحي					
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0.171 //	10	0.262 **	19	0.225 *
2	0.551 **	11	0.271 **	20	0.374 **
3	0.164 //	12	0.116 //	21	0.453 **
4	0.458 **	13	0.343 **	22	0.372 **
5	0.421 **	14	0.150 //	23	0.373 **
6	0.164 //	15	-0.081 //	24	0.262 **
7	0.491 **	16	0.446 **	25	0.012 //
8	0.383 **	17	0.428 **	26	0.387 **
9	0.591 **	18	0.383 **	27	0.290 **

** دالة عند مستوى 0.01   * دالة عند مستوى 0.05   // غير دالة

3. الصدق البنائي Constructive validity

قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط كل بعد مع الأبعاد الأخرى ومعامل ارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية وذلك كما هو مبين في جدول (12).

جدول (12) مصفوفة معاملات الارتباط على الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية

الأبعـــاد	البعد الشخصي	البعد المهني	البعد الاجتماعي	البعد الروحي	الدرجة الكلية
البعد الشخصي	1.000				
البعد المهني	** 0.424	1.000			
البعد الاجتماعي	** 0.288	* 0.221	1.000		
البعد الروحي	* 0.243	** 0.265	// 0.077	1.000	
الدرجة الكلية	** 0.929	** 0.649	** 0.484	** 0.406	1.000

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05 // غير دالة

ب: الثبات Reliability

1. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split Half Method

قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين مجموع درجات الأسئلة الفرعيـــة ومجموع درجات الأسئلة الزوجية لمقياس الصحة النفسية، حيث بلغ معامل الارتبـــاط (ر = 0.7959) وهو دال إحصائياً عند مستوى 0.01 ، ثم استخدمت معادلة سبيرمان – براون لتعديل طول الاختبار (Equal Length Correlation) وقد تبين أن معامل ارتباط سبيرمان – براون للاختبار ر = 0.8864

2. الثبات بإيجاد معامل ألفا -كرونباخ

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا – كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس الأربعة بالإضافة إلى الدرجة الكلية كما هو موضح في جدول (13)

جدول (13) معامل الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ

البعـــــد	عدد الفقرات	قيمة ألفا
البعد الشخصي	36	0.9380
البعد الاجتماعي	19	0.4763
البعد المهني	14	0.3221
البعد الروحي	27	0.2081
الدرجة الكلية	96	0.7324

بعد إجراء عمليات الصدق والثبات على استبانه الصحة النفسية قامت الباحثة بحـــذف الفقرات الغير دالة إحصائياً ومن ثم أصبحت الاستبانه مكونـــة مـــن 68 فقـــرة فـــي صورتها النهائية (بعد التقنين).

ب. نموذج تقييم الأداء

يتكون من 14 بند موزعة على أربعة أبعاد كل بعد يقيس جانب من جوانب الأداء للعاملين في مجال التمريض وذلك على النحو التالي:

البعد الأول: العمل والإنتاج (4) بنود

البعد الثاني: المواظبة (3) بنود

البعد الثالث: السلوك الشخصي (3) بنود

البعد الرابع: الصفات الذاتية (4) بنود

نموذج تقييم الأداء الذي تم استخدامه في هذه الدراسة هو الأداة الوحيدة المعتمدة لتقييم الموظفين في وزارة الصحة وديوان الموظفين العام، ومن أجل الاطمئنان على سلامة نتائج الدراسة فقد قامت الباحثة بحساب صدق وثبات الأداة.

أ. الصـــدق Validity

قامت الباحثة بحساب الصدق البنائي وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل بعـــد والأبعاد الأخرى، ومعامل الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية لنموذج تقيـــيم الأداء وذلك كما هو مبين في جدول (14)

جدول (14) مصفوفة معاملات الارتباط على الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية لمقياس تقييم الأداء

الأبعـــاد	العمل والإنتاج	المواظبة	السلوك الشخصي	الصفات الذاتية	الدرجة الكلية
العمل والإنتاج	1.000				
المواظبة	0.453 **	1.000			
السلوك الشخصي	0.358 **	0.445 **	1.000		
الصفات الذاتية	0.443 **	0.501 **	0.348 **	1.000	
الدرجة الكلية	0.837 **	0.732 **	0.634 **	0.755 **	1.000

** دالة عند مستوى 0.01   * دالة عند مستوى 0.05   // غير دالة

ب. الثبات Reliability

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا – كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس الأربعة بالإضافة إلى الدرجة الكلية كما هو موضح في جدول (15)

جدول (15) معامل الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ

البعـــد	قيمة ألفا
العمل والإنتاج	0.8370
المواظبة	0.7325
السلوك الشخصي	0.6342
الصفات الذاتية	0.7545
الدرجة الكلية	0.7886

مما سبق يتبين أن مقياس تقييم الأداء يتمتع بمستوى جيد من الصدق والثبات مما يمكن الباحثة من استخدامه في هذه الدراسة باطمئنان.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

لحساب صدق أدوات الدراسة استخدمت الباحثة:

1. صدق المحكمين
2. صدق الاتساق الداخلي Internal Consistency
3. الصدق البنائي Constructive Validity

لحساب ثبات أدوات الدراسة استخدمت الباحثة:

1. طريقة التجزئة النصفية Split-half method
2. معامل ألفا-كرونباخ Cronbache-alfa

سابعاً: خطوات الدراسة

1. قامت الباحثة بإرسال كتاب خطي لمدراء التمريض في كل من مجمع الشفاء الطبي ومجمع ناصر الطبي ومستشفى غزة الأوروبي يطلب منهم السماح له بإجراء الدراسة الاستطلاعية والدراسة الفعلية على الممرضات والممرضين العاملين في تلك المستشفيات.

2. قامت الباحثة بإجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة مكونة من (100) ممرض وممرضة تم اختيارهم بشكل عشوائي.
3. قامت الباحثة بحساب صدق وثبات أداة الدراسة وذلك باستخدام برنامج الرزم الإحصائية (SPSS) وتم حذف الفقرات التي لم تصل إلى مستوى مقبول من الصدق والثبات.
4. قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة بعد التقنين على العينة الفعلية والتي تكونت من (220) ممرض وممرضة، وبلغ عدد الذين أجابوا على الاستبانه (201) ممرض وممرضة (109 ذكور و 98 إناث)، ومن ثم إجراء المعالجات الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج (SPSS) المحوسب لمعالجة البيانات وتضمنت:
   - التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية
   - معامل ارتباط بيرسون للدرجات الخام
   - اختبار (ت) للفرق بين المتوسطات
   - اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA
   - اختبار شيفيه Scheffe البعدي للمقارنات المتعددة

ثم قامت الباحثة بتفسير النتائج وإجراء مناقشة عامة لها.

الفصـــل الخـــامس

نتائج الدراســـة وتفسيراتـها

- نتائج وتفسير الفرض الأول
- نتائج وتفسير الفرض الثاني
- نتائج وتفسير الفرض الثالث
- نتائج وتفسير الفرض الرابع
- نتائج وتفسير الفرض الخامس
- نتائج وتفسير الفرض السادس
- نتائج وتفسير الفرض السابع
- نتائج وتفسير الفرض الثامن
- مناقشة عامة لنتائج الدراسة
- التوصيات
- ملخص الدراسة
- المـــــراجع

الفصـــل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيراتها

يتضمن هذا الفصل عرض لنتائج الدراسة لمعرفة مدى تحقق فروض الدراسة، واستخدمت الباحثة لمعالجة البيانات اختبار (ت)، ومعامل ارتباط بيرسون للـــدرجات الخام، واختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA واختبار شيفيه **Scheffe** للمقارنات المتعددة.

نتائج وتفسير الفرض الأول:

لاختبار صحة الفرض الأول الذي ينص على أنه "***لا توجد علاقـــة ذات دلالـــة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين درجات الممرضين والممرضـــات علـــى مقياس الصحة النفسية ودرجات الممرضين والممرضات على مقياس الأداء المهني العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة***" قامت الباحثة بحـــساب معامـــل ارتباط بيرسون Person Correlation بين درجات الممرضين والممرضات علـــى مقياس الصحة النفسية وأبعاده الفرعية ومقياس الأداء المهني وأبعاده الفرعية، ويبـــين جدول (16) هذه النتائج.

جدول (16) مصفوفة معامل الارتباط بين أبعاد الصحة النفسية وأبعاد الأداء المهني (ن = 201)

أبعاد الأداء المهني	أبعاد الصحة النفسية				
	البعد الشخصي	البعد الاجتماعي	البعد المهني	البعد الروحي	الدرجة الكلية
العمل والإنتاج	-0.034	- 0.008	0.007	-0.114	-0.039
المواظبة	0.043	0.040	0.047	-0.033	0.046
السلوك الشخصي	-0.069	-0.120	-0.059	-0.091	-0.099
الصفات الذاتية	0.048	0.103	0.095	0.023	0.079
الدرجة الكلية	0.006	0.017	0.054	-0.081	0.009

يتبين من جدول (16) إلى ما يلي:

أولاً: معاملات الارتباط بين البعد الأول من مقياس الـــصحة النفـــسية وهـــو البعـــد الشخصي وأبعاد مقياس الأداء المهني:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الشخصي والعمل والإنتاج، ويشير ذلك إلى أن القيام بالمهام المهنية المطلوبة من الممرض وكم الإنتاج المطلوب إنتاجه لا يرتبط بشخصية الممرض، بل هناك ضوابط مهنية تلزم كل ممرض القيام بما هو مطلوب منه.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الشخصي والمواظبة، ويشير ذلك إلى أن المواظبة والانضباط في العمل تخضع لقوانين العمل الرسمي التي تحدد ساعات الدوام الرسمي وبالتالي فكل موظف (ممرض) ملزم بتنفيذ تلك القوانين.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الشخصي والسلوك الشخصي، ويشير ذلك إلى أن السلوك المتوقع من كل ممرض هو سلوك مرتبط بشكل مباشر بأدبيات وأخلاق المهنة التي تحدد السلوك المهني المطلوب الالتزام به أثناء العمل الرسمي.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الشخصي والصفات الذاتية، ويشير ذلك إلى أن صفات الممرض الفردية المطلوب منه التحلي بها عند تعامله مع المرضى أو الزائرين والتي تتمثل في الهدوء والاستجابة لطلبات المرضى وإدارة عمليات التمريض بكفاءة لا تعتمد على شخصية الممرض بل هي مرتبطة بأخلاقيات مهنة التمريض التي تشدد على تلك الصفات.

ثانياً: معاملات الارتباط بين البعد الثاني من مقياس الصحة النفسية وهو البعد الاجتماعي وبين أبعاد مقياس الأداء المهني:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الاجتماعي وبين العمل والإنتاج، ويشير ذلك إلى أن كمية العمل الذي ينتجه الممرض لا تعتمد على الوضع الاجتماعي للممرض بل مطلوب منه القيام بالأنشطة التمريضية المطلوب القيام بها تبعاً لوضع المريض الصحي بغض النظر عن العلاقة الاجتماعية.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الاجتماعي والمواظبة، حيث أن الممرض مطلوب منه الالتزام بساعات الدوام الرسمي التي يحددها قانون العمل وهي التي تحدد علاقة الممرض بالمؤسسة التي يعمل بها.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الاجتماعي والسلوك الشخصي للممرض، ويمكن تفسير ذلك بأن سلوك الممرض أثناء العمل الرسمي تضبطه وتحدده قوانين العمل وأخلاقيات مهنة التمريض.

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الاجتماعي والصفات الذاتية، ويمكن تفسير ذلك بأن الصفات الواجب توفرها في الممرض لا تخضع لعوامل اجتماعية ولكن تخضع لعوامل مهنية وإنسانية بحتة.

ثالثاً: معاملات الارتباط بين البعد الثالث من مقياس الصحة النفسية وهو البعد المهني وأبعاد مقياس الأداء المهني:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد المهني والعمل والإنتاج، ويمكن تفسير ذلك بأن العمل الذي يقوم به الممرض بجانب أنه عمل رسمي فهو ذو بعد إنساني أيضاً، وبالتالي فإن طبيعة عمل الممرض الإنسانية تدفعه للقيام بالعمل المطلوب بغض النظر عن أنها متطلبات ذات بعد مهني أيضاً.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد المهني والمواظبة، ويمكن تفسير ذلك بأن الالتزام والانضباط في العمل مطلوب من كل ممرض حيث أن الممرض يتعامل بشكل مباشر مع حياة البشر وأي تأخير أو تكاسل قد تكون له عواقب لا يمكن تداركها.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد المهني والسلوك الشخصي، ويمكن تفسير ذلك بأن المتطلبات المهنية الواجب القيام بها لا تخضع لسلوكيات مزاجية فردية ولكنها ترتبط بشكل مباشر بالأدوار التي يجب على الممرض القيام بها خلال عمليات العناية التمريضية.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد المهني والصفات الذاتية، ويمكن تفسير ذلك بأن الممرض عليه واجبات مهنية تجاه المرضى مطلوب منه القيام بها وهي ذات بعد شمولي ولا تخضع لصفات الممرض الذاتية.

رابعاً: معاملات الارتباط بين البعد الرابع من مقياس الصحة النفسية وهو البعد الروحي وأبعاد مقياس الأداء المهني:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الروحي والعمل والإنتاج، ويمكن تفسير ذلك بأن الالتزام بالتعاليم الدينية التي نص عليها ديننا الإسلامي الحنيف هي واجب شرعي على كل مسلم ومسلمة بغض النظر عن طبيعة العمل التي يقوم بها الفرد.

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الروحي والمواظبة، ويمكن تفسير ذلك بأن المواظبة في العمل الرسمي هي مؤشر على مدى انضباط الموظف وهي لا تخضع لبعد ديني حيث أن غير المسلمين من الشرق والغرب أيضاً يواظبون على عملهم ويلتزمون به.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الروحي والسلوك الشخصي، ويمكن تفسير ذلك بأن سلوك الممرض أثناء العمل تمليه عليه أخلاقيات وواجبات مهنية، فالممرضين من جنسيات وديانات مختلفة كلهم يقومون بنفس السلوكيات التي تمليها عليهم طبيعة مهنتهم بشكل عام.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البعد الروحي والصفات الذاتية، ويمكن تفسير ذلك بأن الصفات الذاتية الواجب توفرها في كل ممرض تخضع لمعايير مهنية وإنسانية بغض النظر عن دينه، فالممرضون من ديانات مختلفة يتمتعون بصفات عامة تتمثل في الاستعداد الذهني والصلاحية للعمل وتحمل المسئولية والقدرة على إدارة العمليات التمريضية.

وبشكل عام، فإن النتائج تشير إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية ومقياس الأداء المهني، ويمكن تفسير ذلك بان طبيعة مهنة التمريض التي تحمل في طياتها بعداً إنسانياً يتطلب من الممرض أو الممرضة القيام بالواجبات المطلوبة منه على أكمل وجه، متناسياً أثناء عمله همومه الشخصية، فالممرض عندما يلبس ثوبه الأبيض يصبح إنسان جديد بشخصية جديدة يلتزم بسلوكيات وآداب المهنة والقيام بواجبه المهني الإنساني تاركاً خلف ظهره كل المشاكل الشخصية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية، ويصبح جل همه العمل والسهر على راحة المرضى وتخفيف آلامهم ومعاناتهم. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة باكارد ومونتودلو (2007) التي بينت عدم وجود علاقة بين الرضا الوظيفي والأداء، بينما تختلف مع نتائج دراسة ماريان والفاعوري (2008) التي بينت وجود علاقة إيجابية بين الانتماء المهني والأداء الوظيفي للممرضين، وتختلف أيضاً مع نتائج دراسة العمري (2002) التي أظهرت وجود علاقة بين الرضا الوظيفي والأداء الوظيفي.

من خلال العرض السابق لنتائج الفرض الأول يتبين صحة هذا الفرض وبالتالي فإن الباحثة تقبل الفرض الصفري الذي يشير إلى عدم وجود علاقة بين مستوى الصحة النفسية والأداء المهني للممرضين والممرضات، وترفض الفرض البديل.

نتائج وتفسير الفرض الثاني:

لاختبار صحة الفرض الثاني الذي ينص على أنه "***توجد مستويات متباينة للصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة***" قامت الباحثة بحساب متوسط الدرجات والنسبة المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الصحة النفسية وأبعاده الفرعية، ويبين جدول (17) هذه النتائج.

جدول (17) يبين متوسط الدرجات والوزن النسبي على مقياس الصحة النفسية (ن = 201)

أبعاد مقياس الصحة النفسية	متوسط الدرجات ذكور	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	متوسط الدرجات اناث	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
البعد الشخصي	81.7399	11.544	82.55	75.5978	13.441	76.36
البعد الاجتماعي	33.6881	3.814	86.37	31.8478	3.593	81.66
البعد المهني	24.9266	3.891	83.08	25.1304	3.238	83.76
البعد الروحي	34.4312	2.608	95.64	34.3587	1.654	95.44
الدرجة الكلية	174.7798	17.103	87.82	166.9348	17.477	83.88

يتبين من جدول (17) ما يلي:

- متوسط درجات الممرضين في البعد الشخصي أعلى منه لدى الممرضات حيث كان متوسط درجات الذكور (81.7399) والوزن النسبي (82.55%) بينما متوسط درجات الممرضات (75.5978) والوزن النسبي (76.36%).
- متوسط درجات الممرضين في البعد الاجتماعي أعلى منه لدى الممرضات حيث كان متوسط درجات الذكور (33.6881) والوزن النسبي (86.37%) بينما متوسط درجات الممرضات (31.8478) والوزن النسبي (81.66%).
- متوسط درجات الممرضين في البعد المهني مساوي لمتوسط درجات الممرضات في نفس البعد حيث كان متوسط درجات الممرضين (24.9266) والوزن النسبي

(83.08%) ومتوسط درجات الممرضات (25.1304) والوزن النسبي (83.76%).

- متوسط درجات الممرضين في البعد الروحي مساوي لمتوسط درجات الممرضات في نفس البعد حيث كان متوسط درجات الممرضين (34.4312) والوزن النسبي (95.64%) ومتوسط درجات الممرضات (34.3587) والوزن النسبي (95.44%).

- متوسط درجات الممرضين في الدرجة الكلية للمقياس أعلى منه لدى الممرضات حيث كان متوسط درجات الممرضين (174.7798) والوزن النسبي (87.82%) ومتوسط درجات الممرضات (166.9348) والوزن النسبي (83.88%).

مما سبق يتبين وجود تباينات في مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات حيث كان مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين أعلى منه لدى الممرضات في كل من البعد الشخصي والبعد الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس، بينما لم توجد تباينات في كل من البعد المهني والبعد الروحي، وقد كان المتوسط العام لدرجات كل من الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية للمقياس (170.8573) والوزن النسبي (85.85%)، وبهذا يمكن القول أن الممرضين والممرضات يتمتعون بمستوى عالي من الصحة النفسية، وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة الشافعي (2002) التي أظهرت انخفاض مستوى التوافق المهني لدى الممرضين والممرضات، بينما اتفقت مع نتائج دراسة أبو حمد (1997) التي بينت وجود مستوى جيد من الرضا الوظيفي لدى مرشدي التمريض، كما اتفقت مع نتائج دراسة عبد القادر (2000) التي بينت أن الأخصائيين الاجتماعيين يتمتعون بمستوى جيد من التوافق المهني، واتفقت مع نتائج دراسة عيسى (1995) التي بينت أن معلمات رياض الأطفال يتمتعن بمستوى جيد من التوافق المهني.

من خلال العرض السابق لنتائج الفرض الثاني يتبين صحة هذا الفرض، وبذلك فإن الباحثة تقبل الفرض البحثي وترفض الفرض الصفري.

نتائج وتفسير الفرض الثالث:

لاختبار صحة الفرض الثالث الذي ينص على أنه "***توجد مستويات متباينة للأداء المهني لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة***" قامت الباحثة بحساب متوسط الدرجات والوزن النسبي لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الأداء وأبعاده الفرعية، ويبين جدول (18) هذه النتائج.

جدول (18) يبين متوسط الدرجات والوزن النسبي على مقياس الأداء المهني (ن = 201)

أبعاد مقياس الأداء المهني	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
العمل والإنتاج	44.0459	1.9070	88.35	44.3370	1.3610	88.67
المواظبة	13.7982	0.8796	91.89	13.8478	0.8762	92.22
السلوك الشخصي	13.5963	0.8511	90.55	13.7609	0.8691	91.64
الصفات الذاتية	16.1927	1.1901	80.96	16.4890	1.2140	80.48
الدرجة الكلية	87.6330	3.7753	87.63	88.0652	3.2910	88.06

يتبين من جدول(18) ما يلي:

- عدم وجود تباين في متوسط درجات الممرضين والممرضات في البعد الخاص بالعمل والإنتاج حيث كان متوسط درجات الممرضين (44.0459) والوزن النسبي (88.35%) ومتوسط درجات الممرضات (44.3370) والوزن النسبي (88.67%).
- عدم وجود تباين في متوسط درجات الممرضين والممرضات في البعد الخاص بالمواظبة حيث كان متوسط درجات الممرضين (13.7982) والوزن النسبي (91.89%) ومتوسط درجات الممرضات (13.8478) والوزن النسبي (92.22%).
- عدم وجود تباين في متوسط درجات الممرضين والممرضات في البعد الخاص بالسلوك الشخصي حيث كان متوسط درجات الممرضين (13.5963) والوزن النسبي (90.55%) ومتوسط درجات الممرضات (13.7609) والوزن النسبي (91.64%).

- عدم وجود تباين في متوسط درجات الممرضين والممرضات في البعد الخاص بالصفات الذاتية حيث كان متوسط درجات الممرضين (16.1927) والوزن النسبي (80.96%) ومتوسط درجات الممرضات (16.0978) والوزن النسبي (80.48%). وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة الغامدي (1999) التي بينت عدم وجود فروق في درجات تقديرات الأداء الوظيفي لدى مرشدي الطلبة، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة نواوي (1996) التي بينت أن 69% من عينة الدراسة يتراوح أداؤهم بين جيد جداً وممتاز، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة ماريان والفاعوري (2007) التي بينت أن أداء التمريض كان جيداً.

مما سبق يتبين عدم وجود تباينات في مستوى الأداء لدى الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية، وقد بلغ المتوسط العام لدرجات الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الأداء (87.83) وهي درجة عالية تظهر أن أداء الممرضين والممرضات الذين يعملون في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة يتمتعون بمستوى عالي من الأداء المهني.

من خلال العرض السابق لنتائج الفرض الثالث فإن الباحثة ترفض الفرض البحثي وتقبل الفرض الصفري الذي يشير إلى عدم وجود تباين في مستويات أداء الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية.

نتائج وتفسير الفرض الرابع

لاختبار صحة الفرض الرابع الذي ينص على أنه ***"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث)"***، قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات بهدف فحص الفروق بين الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية، ويبين جدول (19) هذه النتائج:

جدول (19) يبين المتوسطات الحسابية وقيمة (ت) للفرق بين المتوسطات على مقياس الصحة النفسية (ن = 201)

أبعاد الصحة النفسية	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة (ت)	الدلالة
البعد الشخصي	ذكور	109	81.7399	11.5443	3.482	*
	إناث	92	75.5978	13.4410		
البعد الاجتماعي	ذكور	109	33.6881	3.1760	3.733	*
	إناث	92	31.8478	3.8142		
البعد المهني	ذكور	109	24.9266	3.8914	0.399-	//
	إناث	92	25.1304	3.2386		
البعد الروحي	ذكور	109	34.4312	2.6083	0.230	//
	إناث	92	34.3587	1.6547		
الدرجة الكلية	ذكور	109	174.7798	17.1039	3.245	*
	إناث	92	166.9348	17.0415		

* مستوى الدلالة = 0.05 // غير دالة

يتبين من جدول (19) ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسط درجات الممرضين ومتوسط درجات الممرضات في البعد الأول وهو البعد الشخصي لصالح الممرضين، وكانت قيمة (ت = 3.482) وهي دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن الذكور بطبيعتهم أكثر تحملاً للضغوط الجسدية والنفسية التي تواجه الممرض في عمله والتي تتمثل في ساعات العمل الطويلة خاصة فترات العمل الليلية التي مدتها 12 ساعة، وعبء العمل الثقيل من كثرة المرضى وحملهم ونقلهم والاستجابة لطلباتهم.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسط درجات الممرضين ومتوسط درجات الممرضات في البعد الثاني وهو البعد الاجتماعي لصالح الممرضين، وكانت قيمة (ت = 3.733) وهي دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن الممرضات يقع على عاتقهن عبء اجتماعي أكبر يتمثل في الواجبات المنزلية المختلفة ورعاية الأطفال وبالتالي فالبعد عن البيت لساعات طويلة يؤثر بشكل سلبي على الجانب الاجتماعي للممرضة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الممرضين ومتوسط درجات الممرضات في البعد الثالث وهو البعد المهني، وكانت قيمة (ت = -0.399) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن الواجبات المهنية الملقاة على عاتق التمريض تتناسب مع قدرات الممرضين والممرضات الجسدية والعقلية على السواء، كما أن مستويات التعليم والتدريب التي يتلقاها الملتحقون بالدراسة في مجال التمريض تعتبر ذات معايير عالية تمكنهم من اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة للقيام بالواجبات المهنية المطلوبة منهم. كما أنه يتوفر في كل مستشفى قسم للتعليم المستمر أثناء الخدمة يعمل على التطور المستمر في أداء التمريض.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الممرضين ومتوسط درجات الممرضات في البعد الرابع وهو البعد الروحي، وكانت قيمة (ت = 0.230) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة المجتمع الذي نعيش فيه هو مجتمع إسلامي محافظ وبالتالي فالالتزام بالشعائر الدينية والأخلاق الإسلامية هي سمة عند الجميع سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً وفي كل الأوقات ومن ضمنها خلال العمل الرسمي، وبشكل عام فإن الممرضين والممرضات يطبقون المعايير الإسلامية في تعاملهم مع المرضى والمتمثلة في الأمانة والمحافظة على حياة المرضى وحفظ أسرارهم والتعامل بخلق حسن معهم.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسط درجات الممرضين ومتوسط درجات الممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لصالح الممرضين، وكانت قيمة (ت = 3.245) وهي دالة إحصائياً. وهذا يشير إلى أن الممرضين أكثر توافقاً من الممرضات وأن مؤشرات الصحة النفسية لدى الممرضين أعلى منها لدى الممرضات. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة

عبد القادر (2000) التي بينت وجود علاقة ارتباطيه بين التوافق المهني ومتغيــر الجنس، بينما اختلفت مع نتائج دراسة الشافعي (2002) التي بينت عدم وجود فروق في التوافق المهني تعزى إلى الجنس، كما تختلف مع نتائج دراسة زهران (1995) التي بينت عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية بين الطلاب والطالبات، كما تختلف مع نتائج دراسة المشعان (1993) التي بينت عدم وجود فروق في مـــستوى الرضا المهني بين الذكور والإناث، وتختلف أيضاً مع نتائج دراسة العبادي (1992) التي بينت عدم وجود علاقة ارتباطيه بين الرضا الوظيفي ومتغير الجنس.

من خلال العرض السابق لنتائج الفرض الرابع يتبين عدم صحة هــذا الفــرض، وبذلك فإن الباحثة ترفض الفرض الصفري وتقبل الفرض البديل الذي يفيــد بوجــود فروق في مستويات الصحة النفسية بين الممرضين والممرضات تعزى إلى الجنس.

نتائج وتفسير الفرض الخامس

لاختبار صحة الفرض الخامس الذي ينص على أنه ***"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المؤهل العلمي (دبلوم – بكالوريوس - ماجستير)"***، قامت الباحثة بحساب مجموع المربعات والمتوسط وقيمة "ف" ودلالتها وذلك بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين المجموعات الثلاث، ويبين جدول (20) هذه النتائج:

جدول (20) مجموع المربعات ومتوسطها وقيمة "ف" ومستوى الدلالة في مستويات الصحة النفسية (ن = 201)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
البعد الشخصي	بين المجموعات	723.468	2	361.734	2.239	غير دالة
	داخل المجموعات	31988.412	198	161.558		
	المجموع الكلي	32711.881	200			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	17.898	2	8.949	0.691	غير دالة
	داخل المجموعات	2564.321	198	12.951		
	المجموع الكلي	2582.219	200			
البعد المهني	بين المجموعات	4.947	2	2.474	0.189	غير دالة
	داخل المجموعات	2586.973	198	13.06		
	المجموع الكلي	2591.920	200			
البعد الروحي	بين المجموعات	20.868	2	10.434	2.145	غير دالة
	داخل المجموعات	963.291	198	4.865		
	المجموع الكلي	984.159	200			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	669.996	2	334.998	1.098	غير دالة
	داخل المجموعات	60422.819	198	305.166		
	المجموع الكلي	61092.816	200			

يتبين من جدول (20) ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للبعد الشخصي لدى المجموعات الثلاث (دبلوم – بكالوريوس – ماجستير) حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (361.734) وداخل المجموعات (161.558) وكانت قيمة ف (2.239) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن شعور الممرض بالسعادة والرضا والاستقرار لا يخضع للمؤهل العلمي الذي يحصل عليه الممرض ولكن قد توجد عوامل أخرى تؤثر في ذلك مثل الأجر الشهري والوضع الوظيفي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للبعد الاجتماعي لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (8.949) وداخل المجموعات (12.951) وبلغت قيمة ف (0.691) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن رضا الآخرين عن الممرض وتقبلهم له تخضع لعوامل أخرى غير المؤهل العلمي، فالأداء الجيد والمعاملة الحسنة قد تكون أكثر أهمية في العلاقات الاجتماعية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للبعد المهني لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (2.474) وداخل المجموعات (13.066) وبلغت قيمة ف (0.189) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن المهام المهنية الملقاة على عاتق التمريض متداخلة ومكملة لبعضها البعض بغض النظر عن المؤهل العلمي للممرض، والفروق في المهام التي لها علاقة بالعناية المباشرة بالمريض بسيطة، وقد تكون هناك بعض الاختلافات في المهام الإدارية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للبعد الروحي لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (10.434) وداخل المجموعات (4.865) وبلغت قيمة ف (2.145) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن القيام بالواجبات الدينية لا يخضع لنوع المؤهل العلمي، ولكن يرتبط بشكل مباشر بالتنشئة وقوة الاعتقاد الديني والإيمان بالله.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (334.998) وداخل المجموعات (305.166) وبلغت قيمة ف (1.098) وهي غير دالة إحصائياً.

يتضح من النتائج السابقة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد الصحة النفسية تعزى لمتغير المؤهل العلمي لدى الممرضين، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الشافعي (2002) التي أظهرت عدم وجود فروق في أبعاد التوافق المهني تعزى لمتغير المؤهل العلمي إلا في بعد إنتاجية العمل، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة أبو حمد (2000) التي أظهرت عدم وجود فروق في الرضا الوظيفي تعزى للمؤهل

العلمي، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة عيسى (1995) التي أظهرت عدم وجود فــروق في التوافق المهني تعزى للمؤهل العلمي. تعزو الباحثة ذلك إلى أن جميع الممرضـــين العاملين في المستشفيات يعيشون نفس بيئة العمل تقريباً، ويخضعون لنفس الــضغوط النفسية والمهنية والتي تتمثل في ضغط العمل، ساعات العمل، وطبيعة المهنة.

من خلال العرض السابق لنتائج الفرض الخامس يتبين صحة هــذا الفــرض، وبذلك فإن الباحثة تقبل الفرض الصفري الذي يشير إلى عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات تعزى للمؤهل العلمي، وترفض الفرض البديل.

نتائج وتفسير الفرض السادس

لاختبار صحة الفرض السادس الذي ينص على أنه ***"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير القسم الذي يعمل فيه الممرض / الممرضة (أقسام عادية – أقسام ساخنة)"*** ، قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات بهدف فحص الفروق في مستويات الصحة النفسية تبعاً للقسم الذي يعمل به الممرض / الممرضة (أقسام ساخنة – أقسام عادية)، ويبين جدول (21) هذه النتائج:

جدول (21) يبين المتوسطات الحسابية وقيمة (ت) للفرق بين المتوسطات في مستوى الصحة النفسية تبعاً للقسم (ن = 201)

الصحة النفسية	القسم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
البعد الشخصي	عادي	124	78.2903	13.4272	0.893-	//
	ساخن	77	79.9481	11.7012		
البعد الاجتماعي	عادي	124	33.0242	3.6436	0.900	//
	ساخن	77	32.5584	3.5150		
البعد المهني	عادي	124	24.8145	3.7641	1.027-	//
	ساخن	77	25.3506	3.3157		
البعد الروحي	عادي	124	34.4113	2.4161	0.107	//
	ساخن	77	34.3766	1.8711		
الدرجة الكلية	عادي	124	170.5403	18.0885	0.667-	//
	ساخن	77	172.2338	16.5083		

* مستوى الدلالة = 0.05 // غير دالة

يتبين من جدول (21) ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسط درجات الممرضين والممرضات العاملين في الأقسام العادية والممرضين والممرضات العاملين في الأقسام الساخنة في البعد الشخصي، وكانت قيمة ت (-0.893) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن الشعور بالأرق والقلق لدى الممرضين ليس له علاقة بنوع القسم الذي يعمل به الممرض / الممرضة، كما أنه لا توجد فروق في الراتب الشهري تعزى لنوع القسم الذي يعمل به الممرض / الممرضة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسط درجات الممرضين والممرضات العاملين في الأقسام العادية ومتوسط درجات العاملين في الأقسام الساخنة في البعد الاجتماعي، حيث بلغت قيمة ت (0.900) وهي غير دالة إحصائياً، ويمكن تفسير ذلك بأن رضا الآخرين وتقبلهم للممرض لا يتأثر بمكان عمل الممرض بقدر ما يتأثر بسلوكه وكيفية تعامله مع المرضى.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسط درجات الممرضين والممرضات العاملين في الأقسام العادية ومتوسط درجات العاملين في الأقسام الساخنة في البعد المهني، حيث بلغت قيمة ت (-1.027) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن الاتجاه نحو مهنة التمريض والسلوك المهني لا يخضع لنوع القسم الذي يعمل به الممرض / الممرضة، بل يخضع لأدبيات المهنة والقوانين والتشريعات التي تحدد السلوك المتوقع من الممرض أثناء تأديته لعمله.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسط درجات الممرضين/ الممرضات العاملين في الأقسام العادية ومتوسط درجات العاملين في الأقسام الساخنة في البعد الروحي، حيث بلغت قيمة ت (0.107) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن الممرضين / الممرضات العاملين في الأقسام المختلفة يؤدون الواجبات الدينية المطلوبة منهم سواء أثناء العمل وخلال تعاملهم مع المرضى، أو خارج العمل بدون فروق بسبب مكان العمل وبالذات في مجتمع إسلامي محافظ.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسط درجات الممرضين / الممرضات العاملين في الأقسام العادية ومتوسط درجات العاملين في الأقسام الساخنة في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية، حيث بلغت قيمة ت (-0.667) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن مستويات الصحة النفسية للممرضين / الممرضات العاملين في المستشفيات ترتبط بشكل وثيق بطبيعة المهنة ومكانتها، وليس نوع القسم الذي يعمل به الممرض / الممرضة، حيث أن لا توجد اختلافات جوهرية في ظروف العمل بين الأقسام المختلفة، حيث أن العمل يحتاج إلى مجهود عالي من الجميع ومهارات وكفاءة عند تقديم العناية للمرضى.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الشافعي (2002) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد التوافق المهني تعزى لنوع القسم الذي يعمل به الممرض / الممرضة، وتتفق أيضاً مع نتيجة دراسة عبد القادر (2000) التي بينت عدم وجــود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التوافق المهني لدى الأخصائيين الاجتمــاعيين في المجالات المختلفة (الطبي، الأحداث، الأسرة)، بينما تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة ماريان والفاعوري (2007) التي أظهرت وجــود فــروق ذات دلالــة إحصائية في الانتماء المهني بين الممرضين العاملين فــي أقــسام العنايــة المركــزة والممرضين العاملين في الأقسام العادية لصالح الممرضين العاملين في أقسام العنايــة المركزة، كما تختلف مع نتائج دراسة كركالــدي ومــارتن (2000) التــي بينــت أن الممرضات العاملات في أقسام الولادة والممرضين العاملين في أقسام العناية المركزة حصلوا على درجات عالية في مستوى الرضا الوظيفي مقارنة بالممرضين العــاملين في أقسام الجراحة والباطنة، كما تختلف أيضاً مع نتائج دراسة النجار (1998) التــي بينت وجود علاقة بين التوافق المهني ونوع القسم الذي يعمل به العمال.

من خلال العرض السابق لنتائج الفرض السادس يتبين صحة هــذا الفــرض، وبذلك فإن الباحثة تقبل الفرض الصفري الذي يشير إلى عــدم وجــود فــروق فــي مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين / الممرضات تعزى لنوع القــسم وتــرفض الفرض البديل.

نتائج وتفسير الفرض السابع

لاختبار صحة الفرض السابع الذي ينص على أنه ***"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير سنوات الخبرة (7 سنوات فأقل، 8 – 14 سنة، 15 سنة فأكثر)"***، قامت الباحثة بحساب مجموع المربعات والمتوسط وقيمة "ف" ودلالتها وذلك بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين المجموعات الثلاث، ويبين جدول (22) هذه النتائج:

جدول (22) مجموع المربعات ومتوسطها وقيمة "ف" ومستوى الدلالة للتغير في مستويات الصحة النفسية تبعاً لسنوات الخبرة (ن = 201)

الصحة النفسية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
البعد الشخصي	بين المجموعات	346.116	2	173.058	1.059	//
	داخل المجموعات	32365.765	198	163.463		
	المجموع الكلي	32711.881	200			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	97.707	2	48.853	3.893	*
	داخل المجموعات	2484.512	198	12.548		
	المجموع الكلي	2582.219	200			
البعد المهني	بين المجموعات	2.638	2	1.319	0.101	//
	داخل المجموعات	2589.282	198	13.077		
	المجموع الكلي	2591.920	200			
البعد الروحي	بين المجموعات	11.181	2	5.591	1.138	//
	داخل المجموعات	972.978	198	4.914		
	المجموع الكلي	984.159	200			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1013.134	2	506.567	1.669	//
	داخل المجموعات	60079.682	198	303.433		
	المجموع الكلي	61092.816	200			

* مستوى الدلالة = 0.05 // غير دالة

يتبين من جدول (22) ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للبعد الشخصي لدى المجموعات الثلاث التي تمثل سنوات الخبرة (7 سنوات فأقل، 8 – 14 سنة، 15 سنة فأكثر) حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (173.058) وداخل

المجموعات (163.463) وبلغت قيمة ف (1.059) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن الشعور بالسعادة أو الحزن، والرضا عن النفس والطموح لا يرتبط بعدد سنوات العمل ولكن قد يكون مرتبط بمدى النجاح الذي يحققه الممرض في عمله.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في متوسط المربعات للبعد الاجتماعي لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (48.853) وداخل المجموعات (12.548) وبلغت قيمة ف (3.893) وهي دالة إحصائياً.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للبعد المهني لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (1.319) وداخل المجموعات (13.077) وبلغت قيمة ف (0.101) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة المهنة وظروف العمل لا تختلف اختلافاً كبيراً بسبب سنوات الخبرة، فالأنشطة التمريضية والواجبات المطلوب القيام بها تجاه المرضى لا تخضع لسنوات الخبرة بقدر ما تخضع للحالة الصحية للمريض.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للبعد الروحي لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (5.591) وداخل المجموعات (4.914) وبلغت قيمة ف (1.138) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن أداء الواجبات الدينية لا يختلف من فرد لآخر بسبب خبرته المهنية ولكنها تخضع لمعايير أخرى مثل التنشئة الاجتماعية وقوة العقيدة لدى الفرد.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (506.567) وداخل المجموعات (303.433) وبلغت قيمة ف (1.669) وهي غير دالة إحصائياً.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة الشافعي (2002) ونتائج دراسة عيسى (1995) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد التوافق المهني تعزى لعدد سنوات الخبرة، بينما تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة العبادي (1992) التي بينت وجود علاقة بين الرضا الوظيفي وسنوات الخبرة.

ولمعرفة اتجاه الفروق في البعد الاجتماعي قامت الباحثة بإجراء اختبار شيفيه البعدي Scheffe للمقارنات المتعددة والجدول (23) يوضح ذلك:

جدول (23) اختبار شيفيه البعدي لمعرفة اتجاه الفروق في البعد الاجتماعي التي تعزى لمتغير سنوات الخبرة

الصحة النفسية	سنوات الخبرة		الفرق بين المتوسطات	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
البعد الشخصي	1	2	2.6107-	0.497	//
		3	2.8602-	0.426	//
	2	1	2.6107	0.497	//
		3	0.2495-	0.994	//
	3	1	2.8602	0.426	//
		2	0.2495	0.994	//
البعد الاجتماعي	1	2	0.9672-	0.287	//
		3	1.6808-	0.023	*
	2	1	0.9672	0.287	//
		3	0.7135-	0.516	//
	3	1	1.6808	0.023	*
		2	0.7135	0.518	//
البعد المهني	1	2	0.2438-	0.926	//
		3	4.268	1.00	//
	2	1	0.2438	0.926	//
		3	0.2481	0.926	//
	3	1	0.0043-	1.00	//
		2	0.2481-	0.926	//
البعد الروحي	1	2	0.5405-	0.370	//
		3	0.4306-	0.526	//
	2	1	0.5405	0.370	//
		3	0.1098	0.961	//
	3	1	0.4306	0.526	//
		2	0.1098-	0.961	//
الدرجة الكلية	1	2	4.3622-	0.350	//
		3	4.9673-	0.251	//
	2	1	4.3622	0.350	//
		3	0.6051-	0.981	//
	3	1	4.9673	0.251	//
		2	0.6051	0.981	//

* مستوى الدلالة = 0.05 // غير دالة

في الجدول السابق:

(1) تعني 7 سنوات فأقل

(2) تعني 8 – 14 سنة

(3) تعني 15 سنة فأكثر

يتبين من جدول (23) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في الفرق بين المتوسطات في البعد الاجتماعي بين المجموعات لصالح الممرضين الذين لديهم سنوات خبرة 15 سنة فأكثر، ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زادت سنوات الخبرة في العمل، كلما أصبح مكان العمل مألوفاً أكثر للممرض، كما أن طول فترة العلاقة مع الزملاء تتيح فرصة أكبر للتعرف عليهم والاقتراب منهم وبالتالي تزداد فرصة تكوين علاقات اجتماعية متينة بين الممرضين.

من خلال العرض السابق لنتائج الفرض السابع يتبين صحة هذا الفرض، وبذلك فإن الباحثة تقبل الفرض الصفري الذي يشير إلى عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات تعزى لسنوات الخبرة، وترفض الباحث الفرض البديل.

نتائج وتفسير الفرض الثامن

لاختبار صحة الفرض الثامن الذي ينص على أنه ***"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (< 0.05) بين متوسطات درجات الممرضين والممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي (1500 شيكل فأقل، 1600 – 2500 شيكل، 2600 شيكل فأكثر)"***، قامت الباحثة بحساب مجموع المربعات والمتوسطات وقيمة "ف" ودلالتها وذلك بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين المجموعات الثلاث، ويبين جدول (24) هذه النتائج:

جدول (24) مجموع المربعات ومتوسطها وقيمة "ف" ومستوى الدلالة للتغير في مستويات الصحة النفسية تبعاً للدخل الشهري (ن = 201)

الصحة النفسية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
البعد الشخصي	بين المجموعات	1590.300	2	795.150	5.059	*
	داخل المجموعات	31121.581	198	157.180		
	المجموع الكلي	32711.881	200			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	161.615	2	80.808	6.610	*
	داخل المجموعات	2420.604	198	12.225		
	المجموع الكلي	2582.219	200			
البعد المهني	بين المجموعات	10.750	2	5.375	0.412	//
	داخل المجموعات	2581.170	198	13.036		
	المجموع الكلي	2591.920	200			
البعد الروحي	بين المجموعات	6.465	2	3.232	0.655	//
	داخل المجموعات	977.695	198	4.938		
	المجموع الكلي	984.159	200			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	3187.762	2	1593.881	5.450	*
	داخل المجموعات	75905.054	198	292.450		
	المجموع الكلي	61092.816	200			

* مستوى الدلالة = 0.05　　// غير دالة

يتبين من جدول (24) ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في متوسط المربعات للبعد الشخصي لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (795.150) وداخل المجموعات (157.180) وبلغت قيمة ف (5.059) وهي دالة إحصائياً.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في متوسط المربعات للبعد الاجتماعي لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (80.808) وداخل المجموعات (12.225) وبلغت قيمة ف (6.610) وهي دالة إحصائياً.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للبعد المهني لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (5.375) وداخل المجموعات (13.036) وبلغت قيمة ف (0.412) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة المهنة والواجبات الملقاة على عاتق التمريض تخضع لمعايير مهنية وأدبية ولا تخضع للدخل الشهري للممرض، فالممرضين على اختلاف درجاتهم فإنهم يقومون بنفس المهام المطلوبة منهم بنفس المستوى.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المربعات للبعد الروحي لدى المجموعات الثلاث حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (3.232) وداخل المجموعات (4.938) وبلغت قيمة ف (0.655) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك بأن المعتقدات والممارسات الدينية هي واجبة على كل مسلم ومسلمة بغض النظر عن الوضع الاقتصادي للفرد، فالواجبات الدينية مطلوب القيام بها للغني والفقير على حد سواء.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في متوسط المربعات على الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لدى المجموعات الثلاث، حيث كان متوسط المربعات بين المجموعات (12593.881) وداخل المجموعات (292.450) وبلغت قيمة ف (5.450) وهي دالة إحصائياً.

ولمعرفة اتجاه الفروق قامت الباحثة باستخدام اختبار شيفيه البعدي Scheffe للمقارنات المتعددة والجدول (25) يوضح ذلك:

جدول (25) اختبار شيفيه البعدي لمعرفة اتجاه الفروق التي تعزى لمتغير الدخل الشهري

الصحة النفسية	سنوات الخبرة		الفرق بين المتوسطات	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
البعد الشخصي	1	2	2.5622-	0.814	//
		3	7.8330-	0.150	//
	2	1	2.5622	0.814	//
		3	5.2709-	0.016	*
	3	1	7.8330	0.150	//
		2	5.2709	0.016	*
البعد الاجتماعي	1	2	2.6818-	0.057	//
		3	3.7579-	0.004	*
	2	1	2.6818	0.057	//
		3	1.0761-	0.108	//
	3	1	3.7579	0.004	*
		2	1.0761	0.108	//
البعد المهني	1	2	0.3015-	0.966	//
		3	0.7154-	0.825	//
	2	1	0.3015	0.966	//
		3	0.4139-	0.732	//
	3	1	0.7154	0.825	//
		2	0.4139	0.732	//
البعد الروحي	1	2	0.3312	0.896	//
		3	3.0632-	0.996	//
	2	1	0.3312-	0.896	//
		3	0.3618-	0.534	//
	3	1	3.063	0.999	//
		2	0.3618	0.534	//
الدرجة الكلية	1	2	5.2143-	0.632	//
		3	12.3370-	0.080	//
	2	1	5.2143	0.632	//
		3	7.1227-	0.018	*
	3	1	12.3370	0.080	//
		2	7.1227	0.018	*

* مستوى الدلالة = 0.05 // غير دالة

في الجدول السابق:

(1) تعني 1500 شيكل فأقل

(2) تعني 1600 – 2500 شيكل

(3) تعني 2600 شيكل فأكثر

يتبين من جدول (25) ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في البعد الشخصي بين ذوي الدخل المرتفع وبين ذوي الدخل المتوسط لصالح ذوي الدخل المرتفع، ويعزو الباحث ذلك إلى أن الممرضين ذوي الدخل المرتفع يشعرون بالاطمئنان تجاه مستقبلهم المادي ولا توجد لديهم صعوبات في الناحية المادية وقادرين على توفير متطلبات الحياة لهم ولأفراد أسرهم مما قد يؤدي إلى ارتفاع مستوى الصحة النفسية لديهم.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في البعد الاجتماعي بين ذوي الدخل المرتفع وذوي الدخل المنخفض لصالح ذوي الدخل المرتفع، ويعزو الباحث ذلك إلى أن ذوي الدخل المرتفع يشعرون بالرضا عن ذواتهم وقدرتهم على توفير متطلبات الحياة، مما يمكنهم من التواصل مع الآخرين وتبادل الزيارات الاجتماعية مع الآخرين مما يقوي ويزيد من علاقاتهم الاجتماعية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية بين ذوي الدخل المرتفع وذوي الدخل المتوسط لصالح ذوي الدخل المرتفع، ويعزو الباحث ذلك إلى أن الممرضين الذين يتقاضون رواتب عالية مقارنة بزملائهم فإنهم يشعرون براحة نفسية واطمئنان تجاه مستقبلهم المادي، كما أن قدرتهم على توفير متطلبات الحياة خاصة في ظل الظروف الاقتصادية الصعبة والغلاء في أسعار المواد الأساسية تزيد من شعورهم بالراحة النفسية مقارنة بزملائهم ذوي الدخل الأقل.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة العمري (2002) التي أظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا الوظيفي والراتب الشهري، وتتفق أيضاً مع نتيجة دراسة عبد القادر (2000) التي بينت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التوافق المهني والراتب الشهري، كما تتفق أيضاً مع نتيجة دراسة العبادي (1992) التي أظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا الوظيفي والدخل الشهري، وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة شمسان (2001) التي بينت أن الرضا المالي جاء في المرتبة الثالثة بين عوامل الرضا الوظيفي، وتختلف أيضاً مع نتيجة

دراسة سافاناش (1992) التي بينت أن الراتب لم يكن عاملاً مهماً بالنسبة لعوامل الرضا الوظيفي.

من خلال العرض السابق لنتائج الفرض الثامن يتبين عدم صحة هذا الفرض نسبياً، وبذلك فإن الباحثة ترفض الفرض الصفري وتقبل الفرض البديل الذي يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمستوى الاقتصادي.

مناقشة عامة لنتائج الدراسة:

تحتل مهنة التمريض مكانة هامة في النظام الصحي في جميع الدول سواء المتقدمة أو النامية بحيث لا يمكن الاستغناء عنها في كل الأحوال.

ويعتبر الممرض / الممرضة عنصراً أساسياً في الفريق الصحي إلى جانب الأطباء والفنيين. وشهدت مهنة التمريض تطوراً كبيراً في السنوات الأخيرة حيث أصبحت معظم الجامعات تحتوي كليات لتدريس علوم التمريض، ولم يعد تعليم التمريض مقتصراً على برامج الدبلوم، ولكن تقدم خطوات واسعة للأمام بحيث أصبحت درجة البكالوريوس هي الأساس في مهنة التمريض وتعدت ذلك إلى برامج الماجستير والدكتوراه.

ويقع على عاتق الممرضين والممرضات مهام ومسئوليات كبيرة في تقديم العناية التمريضية اللازمة للمرضى ومتلقي الخدمة الصحية سواء في المستشفيات أو مراكز الرعاية الأولية. وتزداد الأعباء الملقاة على عاتق التمريض خاصة في ظل الظروف الحالية القاسية التي يعيشها الشعب الفلسطيني في محافظات غزة بسبب ممارسات الاحتلال الإسرائيلي الوحشية والمتمثلة في الإجتياحات والقصف والاغتيالات والتي توقع أعداداً كبيرة من الضحايا والجرحى، ويضاف إلى ذلك الحصار الظالم لقطاع غزة وما يترتب عليه من زيادة المعاناة لدى شرائح المجتمع كافة.

وفي ظل هذه الظروف الصعبة يتوجب على الممرضين القيام بالمهام المطلوبة منهم بمهارة وكفاءة عالية، ومن المتعارف عليه فإن أي موظف من اجل القيام بواجباته على أكمل وجه يجب أن تتوفر له بيئة عمل مناسبة وأن يكون في حالة من الهدوء والسلامة النفسية.

وتأتي هذه الدراسة في هذا السياق في محاولة للكشف عن مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية وعلاقة ذلك بأدائهم المهني.

وقد بينت نتائج الدراسة الحالية أن الممرضين والممرضات يتمتعون بمستويات عالية من الصحة النفسية حيث بلغت نسبتها لدى الممرضين 87.82% ونسبتها لدى الممرضات 83.88% وهي نسبة عالية ومطمئنة تظهر قدرات عالية على التكيف مع

الظروف الصعبة التي نعيشها، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة عبد القـــادر (2000) التي بينت أن الأخصائيين الاجتماعيين يتمتعون بمستوى جيد مـــن التوافـــق المهني، كما تتفق أيضاً مع نتائج دراسة أبو حمد (1997) التي أظهرت وجود مستوى جيد من الرضا الوظيفي لدى مرشدي التمريض، بينما اختلفت نتائج هذه الدراسة مـــع نتائج دراسة الشافعي (2002) التي أظهرت انخفاض مستوى التوافق المهنـــي لـــدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات قطاع غزة.

وبينت نتائج هذه الدراسة ارتفاع مستوى الأداء لدى الممرضين والممرضـــات العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة، حيث ارتفع مستوى الأداء المهني لدى الممرضين إلى نسبة 87.63% ونسبة الأداء لدى الممرضات 88.06% وذلـــك بالرغم من الظروف الصعبة التي يعاني منها القطاع الصحي ووزارة الصحة والمتمثلة في النقص الحاد في الأدوية والمهام الطبية بالإضافة إلى النقص المستمر فـــي أعـــداد الكوادر البشرية وما يقابله من ازدياد عدد الحالات المرضية المترددة على المستشفيات نتيجة العدوان الإسرائيلي المتواصل على التجمعات السكانية في محافظات غزة. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة ماريان والفاعوري (2007) التـــي بينـــت أن أداء الممرضين الأردنيين كان جيداً، كما تتفق مع نتائج دراسة نواوي (1996) التي بينـــت أن معظم الممرضين يتراوح أداؤهم بين جيد جداً وممتاز.

وبينت نتائج هذه الدراسة عدم وجود علاقة بين الصحة النفسية والأداء المهني لدى الممرضين والممرضات، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتـــائج دراســـة باكـــارد وموتودلو (2007) التي بينت عدم وجود علاقة بين الرضا الـــوظيفي والأداء،بينمـــا تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة العمري (2002) التي أظهرت وجود علاقة بين الرضا الوظيفي والأداء، وتلعب الصحة النفسية دوراً هاماً في أداء العاملين فـــي المهن المختلفة، وهي لا تقل خطراً ولا أهميـــة عـــن الأمـــراض الجـــسمية، ويـــرى "العيسوي" أنه يجب توفير جو صحي من الناحية النفسية والعقلية للعمال والعمل علـــى حل مشاكلهم، كما أن الإصابة بالأمراض النفسية يضاعف من الأمراض المهنية ويزيد من خطورتها وبالتالي تؤثر بشكل سلبي على الأداء.

وبينت نتائج هذه الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً في مستويات الصحة النفسية بين الممرضين والممرضات لصالح الممرضين في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية والبعد الشخصي والبعد الاجتماعي، بينما لم توجد فروق في البعد المهني والبعد الروحي، أي أن الممرضين يتمتعون بصحة نفسية بدرجة أكبر من الممرضات. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة عبد القادر (2000) التي بينت وجود علاقة بين التوافق المهني ومتغير الجنس، بينما تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة الشافعي (2002) التي بينت عدم وجود فروق في التوافق المهني بين الممرضين والممرضات، كما تختلف أيضاً مع نتائج دراسة زهران (1995) التي بينت عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية بين الطلاب والطالبات.

وبينت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمؤهل العلمي، وهذا يعني أن الممرضين والممرضات على اختلاف مؤهلاتهم العلمية (دبلوم، بكالوريوس، ماجستير) إلا أنهم يتمتعون بدرجات متساوية من الصحة النفسية، ويشير ذلك إلى أن الممرضين / الممرضات على اختلاف مستوياتهم التعليمية فإنهم يملكون القدرة على التكيف مع الظروف الصعبة التي يعيشونها، كما أنهم قادرون على التكيف مع ضغوط العمل والمهام الكبيرة الملقاة على عاتقهم، وهذه القدرة العالية على التكيف تؤدي بالضرورة إلى تمتعهم بصحة نفسية جيدة تمكنهم من أداء عملهم بشكل جيد. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة الشافعي (2002) التي أظهرت عدم وجود فروق في التوافق المهني تعزى لمتغير المؤهل العلمي، كما تتفق أيضاً مع نتائج دراسة أبو حمد (2000) التي بينت عدم وجود فروق في الرضا الوظيفي تعزى للمؤهل العلمي، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة عيسى (1995) التي أظهرت عدم وجود فروق في التوافق المهني تعزى للمؤهل العلمي.

وبينت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لنوع القسم الذي يعمل به الممرض / الممرضة (أقسام ساخنة، وأقسام عادية) ويرى الباحث أن الممرضين والممرضات يتعرضون لضغوطات كثيرة في العمل في كل الأقسام سواء الأقسام الساخنة أو الأقسام العادية، والمهارات والكفاءة المهنية مطلوبة من الجميع، كما أن العمل في الأقسام الساخنة له امتيازات خاصة

والعمل في الأقسام العادية أيضاً له امتيازات خاصة به، وبالتالي فإن نوع القسم الذي يعمل به الممرض أو الممرضة لا يؤدي بالضرورة إلى اختلافات في مستويات الصحة النفسية. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة الشافعي (2002) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق المهني تعزى لنوع القسم الذي يعمل به الممرض / الممرضة، كما تتفق أيضاً مع نتائج دراسة عبد القادر (2000) التي أظهرت عدم وجود فروق في مستويات التوافق المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين في المجالات المختلفة (الطبي، المدرسي، الأحداث، الأسرة)، بينما تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة النجار (1998) التي أظهرت وجود علاقة بين التوافق المهني والقسم الذي يعمل به العمال.

وبينت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية تعزى لعدد سنوات الخبرة ما عدا البعد الاجتماعي فقد وجدت فروق لصالح الممرضين الذين لديهم سنوات خبرة 15 سنة فأكثر. وتشير هذه النتيجة إلى أن الممرضين والممرضات على اختلاف سنوات الخبرة لديهم إلا أن ذلك لم يحدث تباين في مستويات الصحة النفسية لديهم، ويرى الباحث أن الصحة النفسية للفرد قد تتأثر بعوامل أخرى لها علاقة بالوضع الاقتصادي والظروف الأمنية السائدة في البيئة المحيطة بالفرد. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة الشافعي (2002) التي أظهرت عدم وجود فروق في التوافق المهني تعزى لعدد سنوات الخبرة، كما تتفق أيضاً مع نتائج دراسة عيسى (1995) التي أظهرت عدم وجود فروق في التوافق المهني تعزى لعدد سنوات العمل، بينما تختلف مع نتائج دراسة العبادي (1992) التي بينت وجود علاقة بين الرضا الوظيفي وسنوات الخبرة.

وبينت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى إلى المستوى الاقتصادي (الدخل الشهري) للممرض / الممرضة، وكانت هذه الفروق ظاهرة في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية والبعد الشخصي والبعد الاجتماعي بينما لم تكن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في البعد المهني والبعد الروحي، وتشير هذه النتيجة إلى أن الممرضين ذوي الدخل المرتفع (أكثر من 2600 شيكل) يتمتعون بمستويات من الصحة النفسية أعلى من زملائهم الأقل دخلاً، ويرى الباحث أن الدخل الشهري يؤثر بشكل مباشر على قدرة الممرض الشرائية وتوفير

متطلبات الحياة له ولأفراد أسرته، كما أنه قادر على تلبية الحاجات الاجتماعية والتـــي تتطلب مصاريف خاصة قد لا يقدر عليها ذوي الدخل المنخفض في ظل الارتفاع الحاد في أسعار المواد الأساسية. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراســة عبــد القــادر (2000) التي أظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التوافق المهني والراتــب الشهري، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة العمري (2002) التي بينت وجود علاقة دالــة إحصائياً بين الرضا الوظيفي والدخل الشهري، وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة العبــادي (1992) التي أظهرت وجود علاقة دالة إحصائياً بــين التوافــق المهنــي والراتــب الشهري، بينما اختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة شمسان (2001) التي بينت أن الرضا المالي جاء في المرتبة الثالثة بين عوامل الرضا الوظيفي، كما تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة سافاناش (1992) التي بينت أن الراتب الشهري لم يكن عاملاً مهماً بالنسبة لعوامل الرضا الوظيفي.

بعد هذا العرض لنتائج الدراسة وتفسيراتها، وفي ظل الظروف القاسية التي يمر بهــا الشعب الفلسطيني والحصار الخانق والتدمير الممنهج لكل مكونات الحيــاة، وزيــادة الأعباء على الكوادر الصحية ومن ضمنهم التمريض الذي يعمل على مــدار الــساعة تحت ضغط عمل وحالة طوارئ متواصلة، في ظل كل هذه الظروف الغيــر طبيعيــة يتوجب على الممرض أن يتصرف بشكل طبيعي ويقوم بواجباته على أكمل وجه وتلبية احتياجات وطلبات المرضى وتخفيف ألامهم وتوفير سبل الراحة لهم حتى ولــو كــان ذلك على حساب الراحة الشخصية للممرض، ولكن هنا لا بد من طرح تساؤل هام "هل يلقى الممرض / الممرضة المعاملة الطيبة من المجتمع عرفاناً لعطائهم وجهدهم؟"

التوصيات:

وفي ضوء نتائج هذه الدراسة فإن الباحثة توصي بالتالي:

1. توفير الأعداد الكافية من الممرضين والممرضات لتمكينهم من القيام بواجباتهم على أكمل وجه.
2. توفير المنح الدراسية في تخصصات التمريض المختلفة لرفع كفاءة التمريض.
3. العمل على تحسين صورة التمريض في المجتمع وذلك من خلال وسائل الإعلام المرئية والمسموعة.
4. زيادة الدخل الشهري للتمريض بما يتناسب مع عبء العمل وغلاء المعيشة
5. تفعيل أقسام التعليم المستمر في المستشفيات.
6. حث الباحثين على الاهتمام بشريحة التمريض وإجراء المزيد من الدراسات العلمية للارتقاء بمهنة التمريض.
7. إجراء دراسات ميدانية لقياس جودة الأداء المهني لدى الممرضين والممرضات وكيفية العمل على التطوير المستمر للأداء.
8. إجراء دراسات تتعلق بإدراك المجتمع لأهمية مهنة التمريض والعمل على تحسين نظرة المجتمع تجاه هذه المهنة.

ملخص الدراسة:

هذه الدراسة بعنوان "مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة، كما هدفت إلى التعرف على الاختلافات في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمستشفيات محافظات غزة تبعاً لكل من (الجنس، المؤهل العلمي، القسم الذي يعمل به، وعدد سنوات الخبرة)، كما هدفت إلى استكشاف العلاقة بين مستوى الصحة النفسية والأداء المهني.

تكونت عينة الدراسة من (201) ممرض وممرضة، منهم (109) ذكور و (92) إناث من الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات المركزية في محافظات غزة (مجمع الشفاء الطبي، مجمع ناصر الطبي، مستشفى غزة الأوروبي).

استخدمت الباحثة لجمع البيانات الأدوات التالية:

1. استبانه لقياس الصحة النفسية لدى الممرضين من إعداد الباحثة
2. نموذج تقويم الأداء (التقرير السنوي) المعتمد في وزارة الصحة وديوان الموظفين العام.

لتحليل البيانات استخدمت الباحثة المعالجات الإحصائية التالية: التكرارات والوزن النسبي، اختبار بيرسون للعلاقات، اختبار (ت)، واختبار تحليل التباين الأحادي، واختبار شيفيه البعدي للمقارنات المتعددة.

أظهرت الدراسة النتائج التالية:

1. وجود تباينات في مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات، حيث كان مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين أعلى منه لدى الممرضات في كل من البعد الشخصي والبعد الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس، بينما لم توجد تباينات في كل من البعد المهني والبعد الديني.
2. عدم وجود تباينات في مستوى الأداء لدى الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الأداء وأبعاده الفرعية، وقد بلغ المتوسط العام لدرجات الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الأداء (87.83).

3. عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية ومقياس الأداء المهني.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بـــين متوســـط درجـــات الممرضين ومتوسط درجات الممرضات في الدرجة الكلية لمقيـــاس الـــصحة النفسية لصالح الممرضين.
5. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مـــستوى (< 0.05) فـــي مـــستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى للمؤهل العلمي (دبلوم – بكالوريوس - ماجستير).
6. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مـــستوى (< 0.05) فـــي مـــستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى إلى القسم الذي يعمل فيه الممرض / الممرضة (أقسام عادية – أقـــسام ساخنة).
7. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مـــستوى (< 0.05) فـــي مـــستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى لعدد سنوات الخبرة في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية ما عدا البعـــد الاجتماعي فقد وجدت فروق لصالح ذوي سنوات الخبرة الطويلـــة (15 ســـنة فأكثر).
8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (< 0.05) في مستوى الـــصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى للمستوى الاقتصادي لصالح ذوي الدخل المرتفع.

المـــــراجع

*** القرآن الكريم**

أولاً: المراجع العربية

1. الأغا، إحسان (1997): **البحث التربوي، عناصره، مناهجه، أدواته**، ط2، مطبعة المقداد، غزة.
2. أبو حمد، بسام (2000): محددات الرضا الوظيفي والدافعية لدى الممرضين في محافظات غزة، **رسالة دكتوراه غير منشورة**، جامعة شيفلد، بريطانيا.
3. أبو حمد، بسام (1997): الرضا الوظيفي لدى مرشدي التمريض في محافظات غزة، **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة شيفلد، بريطانيا.
4. أبو إسحاق، سامي و أبو نجيلة، سـفيان (1997): محاضـرات فـي الـصحة النفسية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
5. أبو نجيلة، سفيان (2001): **مقالات في الشخصية والصحة النفـسية**، جامعـة الأزهر، غزة، فلسطين.
6. أبو هين، فضل (1997): **الصحة النفسية: دراسـة للـصحة النفـسية فـي فلسطين**، غزة، فلسطين.
7. الأسدي، أمال محسن (1998): الصحة النفسية وعلاقتها بالإبداع لدى الفنـان العراقي، **رسالة ماجستير غيـر منـشورة**، كليـة الآداب، الجامعـة المستنصرية، العراق.
8. الداهري، صالح، والعبيدي، ناظم (1999): **الشخصية والصحة النفـسية**، دار الكندي للنشر والتوزيع، إربد، الأردن.
9. السالم، مؤيد و صالح، عادل حرحوش (2002): **إدارة الموارد البشرية: مدخل استراتيجي**، ط1، عالم الكتب الحديث، الأردن.
10. السباعي، زهير (1995): **طب المجتمع**، ط1، الدار العربية للنشر والتوزيع، مصر.
11. الشافعي، ماهر (2002): التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستـشفيات الحكومية وعلاقته بسماتهم الشخصية، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

12. الشناوي، محمد محروس (2001): بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي، **موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي**، ط2، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.

13. الصباغ، زهير (1999): مستويات ضغط العمل بين الممرضين القانونيين: دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة، **دراسة ميدانية**، جامعة البتراء، الأردن.

14. الطواب، سيد وآخرون (1999): الضغوط النفسية لدى المعلمين والمعلمات في مدارس دولة قطر في ضوء بعض العوامل الديمغرافية، **حولية كلية التربية**، السنة 15، العدد 15، جامعة قطر، الدوحة.

15. العبادي، عطاف (1992): العوامل المرتبطة بالرضا الوظيفي لدى العاملين في مهنة التمريض في الأردن، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

16. العزة، سعيد حسني (2004): **تمريض الصحة النفسية**، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

17. العمري، عبيد بن عبد الله (2002): **بناء نموذج سببي لدراسة تأثير كل من الولاء التنظيمي والرضا الوظيفي وضغوط العمل على الأداء الوظيفي والفعالية التنظيمية**، كلية الآداب، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض.

18. العيسوي، عبد الرحمن(ب ت): **سيكولوجية العمل والعمال، موسوعة كتب علم النفس الحديث**، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، دار الراتب الجامعية.

19. الغامدي، مساعد سعيد (1999): تقويم الأداء الوظيفي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى المرشدين الطلابيين بمحافظة جدة التعليمي، **الإدارة العامة للتربية والتعليم**، منطقة جدة، السعودية.

20. الدليل الموجز (1999): كلية فلسطين للتمريض، غزة، فلسطين.

21. الدهلة، فيصل (2006): **الأداء: ما هو بعد التدريب**، مقالات في الأداء، عمان، الأردن.

22. القريطي، عبد المطلب أمين (1995): **مدخل إلى الصحة النفسية**، المكتب العربي، القاهرة.

23. المشعان، عويد سلطان (1993): دراسة مقارنة في الرضا المهني بين العاملين في القطاع الحكومي والعاملين في القطاع الخاص، **رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية**، مصر.

24. الملتقى للتمريض والقبالة (1999): **نشرة غير دورية يصدرها المجلس الصحي الفلسطيني**، ع 1، القدس، فلسطين.

25. النعاس، عمر مصطفى (2005): الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى العاملين بالشركة العامة للكهرباء بمدينة مصراته، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة 7 أكتوبر، المغرب.

26. النيال، مايسة (1991): الفروق بين ممرضات العناية المركزة والأقسام الأخرى في كل من قلق الموت والعدوانية والعصابية والانبساط والاكتئاب: دراسة عامليه مقارنة، **مجلة علم النفس**، العدد 17، السنة الخامسة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

27. النجار، أحمد الشنتاوي (1998): العلاقة بين التوافق المهني والإنتاجية لعمال صناعة الغزل والنسيج بالمحلة الكبرى، **مجلة علم النفس**، العدد 47، السنة 12، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

28. خزاعلة، عبد العزيز (1997) الرضا الوظيفي للممرضين والممرضات العاملين في وزارة الصحة بالأردن، مركز دراسات المستقبل، جامعة أسيوط، مصر.

29. درويش، زينب عبد المحسن (1999): جودة الصحة النفسية وعلاقتها بعمليات تحمل الضغوط- دراسة مقارنة بين عضوات هيئة التدريس المعارات خارج الوطن وغير المعارات، **دراسة منشورة**، كلية التربية، جامعة الملك سعود، السعودية.

30. دره، عبد الباري و بعيره، أبو بكر (1989): **تحديث الإدارة الجامعية في العالم العربي**، ورقة مرجعية مقدمة لندوة تحديث الإدارة الجامعية في

العالم العربي التي عقدت بالتعاون بين اتحاد الجامعات العربية وجامعة اليرموك بالأردن.

31. ربيع، محمد شحاتة (2000): **أصول الصحة النفسية**، ط 2، مؤسسة نبيل للطباعة، مصر.

32. زهران، حامد عبد السلام (1982): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب، القاهرة.

33. زهران، محمد حامد (1995): دراسة العلاقة بين بعض جوانب الصحة النفسية والرضا المهني لدى طلاب وخريجي شعبة التعليم الابتدائي بكليات التربية، **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة عين شمس، مصر.

34. سليمان، وفيقة و أبو غربية، باتريشيا (1996): العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي لدى العاملين في مهنة التمريض في الأردن وتقدير الفترة المتوقعة للتوقف عن العمل، **مجلة دراسات العلوم الطبية والبيولوجية**، العدد 23، رقم 2، ص ص (78 – 87).

35. سيزلاقي، أندرودي و والاس، مارك جي (1991): **السلوك التنظيمي والأداء**، "ترجمة: جعفر أبو القاسم أحمد"، معهد الإدارة العامة، الرياض.

36. شاهين، فارسين (1990): **التمريض في الوطن المحتل**، ط1، دار الأرقم للطباعة والنشر، رام الله، البيرة، فلسطين.

37. شعبان، كاملة، و تيم، عبد الجابر (1999): **الصحة النفسية للطفل**، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع.

38. شقورة، عبد الرحيم (2002): الدافع المعرفي والاتجاه نحو مهنة التمريض وعلاقة كل منهما بالتوافق الدراسي لدى طلبة كليات التمريض في محافظات غزة، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

39. شمسان، أحمد محمد (2001): أثر الرضا الوظيفي على كفاءة أداء أعضاء هيئة التدريس بالتطبيق على جامعة صنعاء، **دراسات واستشارات الإدارة العامة**، قضايا إدارية، جامعة صنعاء، اليمن.

40. صقر، فاطمة حسن (2001): اختبار تأثير برنامج تعليمي على أداء الممرضات اللاتي يعتنين بمريض زرع الكلى، **رسالة دكتوراه غير منشورة**، كلية التمريض، جامعة القاهرة.

41. عبد الغفار، عبد السلام (2001) **مقدمة في الصحة النفسية**، دار النهضة العربية، مصر.

42. عبد القادر، زكية (2000): التوافق المهني للأخصائي الاجتماعي في مجالات الممارسة المهنية، **مجلة علم النفس**، العدد 54، السنة 14، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر.

43. غريب، غريب (1999): **علم الصحة النفسية**، ط 1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

44. فوزي، إيمان (2001): **دراسات في الصحة النفسية**، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.

45. قزاقزة، يوسف وآخرون (2002): **إدارة الخدمات الصحية والتمريضية**، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

46. مخيمر، صلاح (1979): **المدخل إلى الصحة النفسية**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

47. نسطاس، وسيلة بيترو (1997): دراسة مقارنة في مستشفى الجامعة الأردنية حول تأثير قصر الفترة الزمنية مع الفترة الزمنية الطويلة للمناوبات الليلية على إدراك مفهوم العمل الليلي بشكل عام للعاملين في مهنة التمريض، **مجلة دراسات للعلوم الطبية والبيولوجية**، العدد 24، رقم 1، 1997.

48. نواوي، يوسف أحمد (1996): تقويم الأداء الوظيفي للمعلمين المكلفين بالإرشاد بتعليم جدة، **الإدارة العامة للتربية والتعليم**، منطقة جدة، السعودية.

49. وزارة العدل الفلسطينية (2000) **ديوان الفتوى والتشريع**، قانون رقم 27.
50. يوسف، جمعة سيد (ب ت): **الاضطرابات السلوكية وعلاجهـــا**، دار غريـــب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

ثانياً: المراجع الأجنبية

51. Abu al-Rub, Raeda & Al-Zaru, Ibtisam (2008) Job Stress, Recognition, Job Performance and Intention to Stay Among Jordanian Hospital Nurses, **Journal of Nursing Management**, do;10. 1111/j. (1365 – 2834).
52. Abu Al-Rub, Raeda (2004) Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital nurses, **Journal of Nursing Scholarship**, V. 36, issue, 1, (73 – 78).
53. Algoni CA. & Kirvan-Jones (1998): Reducing Variations in Nurse Performance in A telephone-based Nurse Triage Center, **Abstr. Book Assoc Health Serv Res Meet.** 1998; 15 : 168, Access Health, Inc., Broomfield, USA.
54. B.D Kirkcaldy, T. Martin (2000) Job Stress and Satisfaction among Nurses: Individual Differences, **Stress Medicine**, V. 16, issue 2, (77 – 89).
55. Cavanaugh, S. (1992): Job satisfaction of nursing staff working in hospitals, **Journal of Advanced Nursing**, V.17, (704 – 711).
56. Drach-Zahavy Anat (2004): The Impact of Primary Nursing Care -delivery Models on the Performance of Nurses, **Journal of Advanced Nursing**, V. 45, No. 1, (7 – 16).
57. Fitzpatrick J.M et.al. (1999): Shift Work and its Impact upon Nurses Performance: Current Knowledge and Research Issues, **Journal of Advanced Nursing**, V. 29, No. 1, (18 – 27).
58. Fredrick H. Decker (1998) Occupational and Non-occupational Factors In Job satisfaction and Psychological Distress among Nurses, **Research in nursing & Health**, V. 20, issue 5, (453 – 464).
59. Huey-Ming Tzeng (2004) Nurses Self-assessment of their nursing competencies, Job demands, and Job Performance in the Taiwan Hospital System, **International Journal of Nursing Studies**, V. 41, issue 5, (487 – 496).
60. John S. Packard & Stephan J. Motowidlo 92007) Subjective Stress, Job Satisfaction, and Job Performance of Hospital nurses, **Research in nursing & Health**, V. 10, issue 4, (253 – 261).
61. Kozier, B & et.al (1991) **Fundamentals of Nursing**, 4th. Ed., Menlopark: CA, Addison-Wesley Publishing Company, USA.

62. J L M Lindo, et al. (2006) Mental Well-being of doctors and Nurses in two Hospitals in Kingston, Jamaica, **West Indian Medical Journal**, 55 (3): 153 – 159.

63. Larry Mikulecky (1983) Job literacy and job Performance among nurses at varying employment levels, **Adult Education Quarterly**, V. 34, No.1, (1 – 15).

64. Miyuki Takase; et.al. (2004): Explaining nurses' Work Behavior From Their Perception of Environment and Work Values, **International Journal of Nursing Studies**, V. 42, issue 8, (889 – 898).

65. Mrayyan, Majd & Al-Faouri, Ibrahim (2008): Career Commitment and job performance of Jordanian Nurses, **Journal of Research in Nursing**, V. 13, No. 1, (38 – 51).

66. Mrayyan, Majd & Al-Faouri, Ibrahim (2007): Career Commitment and Job Performance: Differences Between Intensive Care Units and Wards, **The Hashemite University**, Zarqa, Jordan.

المـــــــلاحق

- مقياس الصحة النفسية
- نموذج تقييم الأداء
- نماذج طلب السماح بإجراء الدراسة

الملاحق

استبانه الصحة النفسية للممرضين في صورتها الأولية

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخ الفاضل .... الأخت الفاضلة

أضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي هو أداة القياس لدراسة بعنوان "مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض وعلاقته بمستوى أدائهم"

هذه الدراسة هي جزء مكمل للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية.

يرجى منكم التكرم بالإجابة على جميع فقرات الاستبيان بوضع علامة (X) في المربع المناسب مقابل كل فقرة، مع العلم بأنه لا توجد إجابات خاطئة ولكن إجاباتكم تعبر عن رأيكم الشخصي بالنسبة لكل سؤال.

لا داعي لكتابة الاسم، والسرية مضمونة وسيتم استخدام معلومات الاستبيان لغرض البحث العلمي فقط.

المشاركة في هذه الدراسة طوعية.

أشكركم على تعاونكم وأقدر مشاركتكم في هذه الدراسة.

الباحثة

ابتسام أبو العمرين

البيانات الشخصية:

* الجنس: ذكر ..... أنثى ......

* المؤهل العلمي: دبلوم .... بكالوريوس .... ماجستير ....

* سنوات الخبرة: 7 سنوات فأقل ..... 8 – 14 سنوات ...... 15 سنة فأكثر .....

* القسم الذي تعمل به: ....

* الدخل الشهري: 1500 شيكل فأقل 1600 – 2500 شيكل 2600 شيكل فأكثر

ضع علامة (X) مقابل كل فقرة في المربع المناسب

الرقم	العبـــــــــارة	موافق	محايد	لا أوافق
	البعـــد الشخصي			
1	أشعر بالسعادة لأن حياتي جديرة بان تعاش			
2	أشعر بالسعادة لأنني قادر على حل مشاكلي			
3	أشعر بأنني أعاني من بعض المشكلات النفسية			
4	أشعر بأنني راضي عن نفسي برغم ضغوط الحياة			
5	أود الذهاب إلى طبيب نفسي لكن الظروف تحول دون ذلك			
6	ليس لدي عزيمة واردة في إيجاد معنى في حياتي			
7	أكون سعيداً عندما أكون راضي عن حياتي			
8	منذ فترة واليأس يملأ حياتي			
9	أشعر بالخوف من المستقبل			
10	أشعر أن مستقبلي المادي غير مستقر			
11	بعض أقاربي يعانون من بعض الأمراض النفسية			
12	الأمور المادية تسترعي اهتمامي أكثر من أي شيء آخر			
13	لا أشعر بالسعادة رغم أنني راضي عن نفسي			
14	أشعر بالقلق تجاه مستقبلي			
15	رغم أن الحياة مليئة بالضغوط إلا أن السعادة تلازمني			
16	معنوياتي المرتفعة لها دور في إيجاد معنى لحياتي			
17	أشعر بالخوف دون سبب منذ الصغر			
18	أعاني من الأرق منذ فترة طويلة			
19	حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل بها			
20	الإحباط المتكرر يجعل حياتي بلا معنى			
21	لا أجد صعوبة في حياتي المادية			
22	أشعر بأن السعادة الحقيقية لا توجد في حياتي			
23	أشعر باليأس سريعاً عندما أقع في أي مشكلة			

			لا أتقبل ذاتي بسبب قصوري في القيام بواجباتي	24
			مهما أربح من الأموال إلا أنني أشعر بالعوز المادي	25
			أشعر أحياناً بصداع	26
			أشعر أحياناً بالضعف	27
			أشعر عادة بنوبات من الدوخة	28
			أشعر بالإغماء عند مشاهدة الدم	29
			أفهم التعليمات والأوامر فهماً خاطئاً باستمرار	30
			أشعر بالضيق عندما أتناول الطعام في مكان آخر غير منزلي	31
			أشعر بأنه من الصعب علي اتخاذ قرارات	32
			أتمنى الموت حتى أبعد عن متاعب الدنيا	33
			يعتبرني الناس عصبياً	34
			أشعر بعدم الأمان بالرغم من محاولاتي لحل مشاكلي	35
			أعمل بجدية بالرغم من أن الحزن لا يفارقني	36
البعـــد الاجتماعي				
			أشعر بالخوف من الأماكن الغريبة أو الناس الغرباء	1
			معاملة الآخرين لي تجعلني راضي عن نفسي	2
			أشعر بأن الآخرين راضين عني	3
			أشعر باليأس عندما أرى الآخرين غير سعداء	4
			الحب هو الأساس الذي يجعل لحياتي معنى	5
			منذ صغري والآخرين يتقبلونني	6
			رغم تصرفاتي الجيدة إلا أن الآخرين غير راضين عني	7
			أشعر بالراحة عندما أرى الآخرين سعداء	8
			أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين	9
			أحاول أن أتصرف بطريقة من خلالها يتقبلني أقربائي	10
			أتعمد أن أحسن من سلوكي كي يتقبلني الآخرين	11
			أشعر بالخوف عندما أكون لوحدي	12
			أشعر أن الناس تسيء فهم تصرفاتي عادة	13
			أشعر أن الناس يعاملونني معاملة عادلة	14
			أشعر أن الناس يراقبونني ويتحدثون عني	15
			أشعر أحياناً بالخجل من مقابلة الآخرين	16
			من السهل اكتساب الأصدقاء	17
			أشعر بالحاجة لوجود أصدقائي بجانبي	18

			أظهر للآخرين بأنني سعيد ولكنني غير ذلك	19
البعـــد المهني				
			تخصص دراستي له قيمة ولكن ليس في بلدي	1
			أشعر بان هناك حاجة لدراسة تخصص غيــر التمــريض لأن	2
			أحب مهنتي رغم أن الآخرين لا يقبلون عليها	3
			أرى أن مهنتي ستتحسن قيمتها في المستقبل	4
			مهنة التمريض لها قيمة إلا أنني أشعر بأنها غير مربحة مادياً	5
			أشعر بالعصبية إذا واجهت رئيسي في العمل	6
			أشعر بالاضطراب عندما يلاحظني رئيسي أثناء قيامي بالعمل	7
			يضطرب تفكيري كليةً عندما أضطر إلى انجاز عملي بسرعة	8
			أرتعش وأعرق بكثرة في أثناء التفتيش علي	9
			أشعر بالحاجة إلى النصيحة باستمرار من رؤسائي والمحيطين	10
			أحتاج إلى العمل ببطء حتى أضمن أن يكون أدائي للعمل جيد	11
			أشعر بعدم الارتياح مهما كان نوع العمل الذي أؤديه	12
			أشعر بأنني مراقب عندما أقوم بعمل ما	13
			أشعر بالغضب إذا لم أحصل على ما أريده في التو والساعة	14
البعـــد الديني				
			أعتقد أن توحيد الله هو أساس كل فضيلة	1
			أكثر من ذكر الله عند تعاملي مع المريض	2
			أشعر بالراحة عند أداء الصلاة أو الشعائر الدينية	3
			أخاف الله في عملي وأخشاه	4
			أجتهد في الالتزام بتعاليم الدين والاستفادة منها في عملي	5
			أحرص أن أكون من المتواضعين لله ثم للآخرين	6
			أرفض الاستثمار في بنك ربوي	7
			أحرص على حسن الخلق مع الجميع	8
			إذا رأيت منكراً فإنني أعمل جهدي لأنهى عنه	9
			أشعر بالراحة في عملي عند اللجوء إلى الله	10
			أحافظ على خصوصية المريض وأحافظ على أعراض الناس	11
			أحافظ على الأموال العامة من الفساد والسرقة ما استطعت	12
			أقتنع بما قسم الله لي	13
			الإيمان بالله يجعل للحياة معنى	14
			أرجو من الله التوفيق عندما أقدم على أي عمل	15

16	أحرص على أن أبتعد عن مواطن الاخــتلاط بـــين الجنـــسين			
17	أحاسب نفسي قبل أن يحاسبني ربي			
18	أحرص على معالجة الذنب بالتوبة			
19	أخرج الزكاة عن جميع ممتلكاتي في حدود النصاب			
20	تسيطر علي الحياة بمشاكلها لدرجة تنسيني ذكر الله			
21	أشعر بخجل وندم شديد من الله إذا عملت ما لا يرضيه			
22	أؤدي الصلاة في أوقاتها			
23	إذا رأيت من شخص سلوكاً مرضياً فإنني لا أرويه للآخـــرين			
24	اقترابي من الله يجعلني راضي عن نفسي			
25	عندما ألتزم بقضاء الشعائر الدينية تكون حياتي ذات قيمة			
26	أشعر بأن الله راض عني			
27	لا أشعر بالرضا عن ذاتي لعدم التزامي بواجباتي الدينية			

الاستبانه في صورتها النهائية بعد التقنين

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخ الفاضل .... الأخت الفاضلة

أضع بين يديك هذا الاستبيان الذي هو أداة القياس لدراسة بعنوان "مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض وعلاقته بمستوى أدائهم"

هذه الدراسة هي جزء مكمل للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية.

يرجى منكم التكرم بالإجابة على جميع فقرات الاستبيان بوضع علامة (X) في المربع المناسب مقابل كل فقرة، مع العلم بأنه لا توجد إجابات خاطئة ولكن إجاباتكم تعبر عن رأيكم الشخصي بالنسبة لكل سؤال.

لا داعي لكتابة الاسم، والسرية مضمونة وسيتم استخدام معلومات الاستبيان لغرض البحث العلمي فقط.

المشاركة في هذه الدراسة طوعية.

أشكركم على تعاونكم وأقدر مشاركتكم في هذه الدراسة.

الباحثة

ابتسام أبو العمرين

البيانات الشخصية:

* الجنس: ذكر ..... أنثى ......

* المؤهل العلمي: دبلوم .... بكالوريوس .... ماجستير ....

* سنوات الخبرة: 7 سنوات فأقل ..... 8 – 14 سنوات ...... 15 سنة فأكثر .....

* القسم الذي تعمل به: ....

* الدخل الشهري: 1500 شيكل فأقل 1600 – 2500 شيكل 2600 شيكل فأكثر

ضع علامة (X) مقابل كل فقرة في المربع المناسب

الرقم	العبـــــــارة	موافق	محايد	لا أوافق
	البعـــد الشخصي			
1	أشعر بالسعادة لأن حياتي جديرة بان تعاش			
2	أشعر بالسعادة لأنني قادر على حل مشاكلي			
3	أشعر بأنني أعاني من بعض المشكلات النفسية			
4	أشعر بأنني راضي عن نفسي برغم ضغوط الحياة			
5	أود الذهاب إلى طبيب نفسي لكن الظروف تحول دون ذلك			
6	ليس لدي عزيمة واردة في إيجاد معنى في حياتي			
7	منذ فترة واليأس يملأ حياتي			
8	أشعر بالخوف من المستقبل			
9	أشعر أن مستقبلي المادي غير مستقر			
10	الأمور المادية تسترعي اهتمامي أكثر من أي شيء آخر			
11	لا أشر بالسعادة رغم أنني راضي عن نفسي			
12	أشعر بالقلق تجاه مستقبلي			
13	رغم أن الحياة مليئة بالضغوط إلا أن السعادة تلازمني			
14	معنوياتي المرتفعة لها دور في إيجاد معنى لحياتي			
15	أشعر بالخوف دون سبب منذ الصغر			
16	أعاني من الأرق منذ فترة طويلة			
17	حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل بها			

18	الإحباط المتكرر يجعل حياتي بلا معنى			
19	لا أجد صعوبة في حياتي المادية			
20	أشعر بأن السعادة الحقيقية لا توجد في حياتي			
21	أشعر باليأس سريعاً عندما أقع في أي مشكلة			
22	لا أتقبل ذاتي بسبب قصوري في القيام بواجباتي			
23	مهما أربح من الأموال إلا أنني أشعر بالعوز المادي			
24	أشعر أحياناً بصداع			
25	أشعر أحياناً بالضعف			
26	أشعر عادة بنوبات من الدوخة			
27	أشعر بالإغماء عند مشاهدة الدم			
28	أفهم التعليمات والأوامر فهماً خاطئاً باستمرار			
29	أشعر بالضيق عندما أتناول الطعام في مكـــان آخـــر غيـــر			
30	أشعر بأنه من الصعب علي اتخاذ قرارات			
31	أتمنى الموت حتى أبعد عن متاعب الدنيا			
32	يعتبرني الناس عصبياً			
33	أشعر بعدم الأمان بالرغم من محاولاتي لحل مشاكلي			
البعـــد الاجتماعي				
34	أشعر بالخوف من الأماكن الغريبة أو الناس الغرباء			
35	أشعر بأن الآخرين راضين عني			
36	أشعر باليأس عندما أرى الآخرين غير سعداء			
37	منذ صغري والآخرين يتقبلونني			
38	رغم تصرفاتي الجيدة إلا أن الآخرين غير راضين عني			
39	أشعر بالراحة عندما أرى الآخرين سعداء			
40	أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين			
41	أحاول أن أتصرف بطريقة من خلالها يتقبلني أقربائي			

42	أشعر بالخوف عندما أكون لوحدي			
43	أشعر أن الناس تسيء فهم تصرفاتي عادة			
44	أشعر أحياناً بالخجل من مقابلة الآخرين			
45	من السهل اكتساب الأصدقاء			
46	أظهر للآخرين بأنني سعيد ولكنني غير ذلك			
البعـــد المهني				
47	أشعر بان هناك حاجة لدراسة تخصص غير التمــريض لأن			
48	أرى أن مهنتي ستتحسن قيمتها في المستقبل			
49	أشعر بالعصبية إذا واجهت رئيسي في العمل			
50	أشعر بالاضطراب عندما يلاحظني رئيـــسي أثنـــاء قيـــامي			
51	يضطرب تفكيري كليةً عندما أضطر إلـــى انجـــاز عملـــي			
52	أرتعش وأعرق بكثرة في أثناء التفتيش علي			
53	أحتاج إلى العمل ببطء حتى أضمن أن يكون أدائـــي للعمـــل			
54	أشعر بعدم الارتياح مهما كان نوع العمل الذي أؤديه			
55	أشعر بأنني مراقب عندما أقوم بعمل ما			
56	أشعر بالغضب إذا لم أحصل على ما أريده في التو والساعة			
البعـــد الروحي				
57	أعتقد أن توحيد الله هو أساس كل فضيلة			
58	أكثر من ذكر الله عند تعاملي مع المريض			
59	أرفض الاستثمار في بنك ربوي			
60	أحرص على حسن الخلق مع الجميع			
61	إذا رأيت منكراً فإنني أعمل جهدي لأنهى عنه			
62	أشعر بالراحة في عملي عند اللجوء إلى الله			
63	أقتنع بما قسم الله لي			
64	أحرص على أن أبتعد عن مواطن الاختلاط بـــين الجنـــسين			

65	أحرص على معالجة الذنب بالتوبة			
66	تسيطر علي الحياة بمشاكلها لدرجة تنسيني ذكر الله			
67	أؤدي الصلاة في أوقاتها			
68	اقترابي من الله يجعلني راضي عن نفسي			

أسماء السادة المحكمين

د. سمير قوته: دكتوراه علم النفس، رئيس قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

د. عاطف الأغا: دكتوراه علم النفس، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة

د. محمد الحلو: دكتوراه علم النفس، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

د. سناء أبو دقة: دكتوراه علم النفس، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

أ. يحيى زنون: ماجستير الصحة النفسية، كلية فلسطين للتمريض، غزة.

أ. عبد الرحيم شقورة: ماجستير علم النفس التربوي، مدير قسم التعليم المستمر بمستشفى غزة الأوروبي.

أ. عطا الجعبري: ماجستير تمريض، مدير دائرة التمريض بمستشفى غزة الأوروبي.

4. There are statistically significant differences at 0.05 between male and female nurses in mental health level on the favor of male nurses.
5. There are no significant differences in the level of mental health among nurses related to qualification.
6. There are no significant differences in the level of mental health among nurses related to type of department.
7. There are no significant differences in the level of mental health among nurses related to years of experience.
8. There are statistically significant differences at 0.05 in the level of mental health related to monthly income on the favor of high income.

Summary

The topic of this study is ***"The level of mental health among nurses working at Governmental Hospitals in Gaza provinces and its relation with performance"***.

The purpose of this study was:

To explore the levels of mental health among nurses working at governmental hospitals in Gaza provinces.

To determine the differences in levels of mental health in relation to gender, qualification, department, years of experience, and monthly income.

The sample of the study composed of 201 nurses (109 male, and 92 female) from the main central hospitals in Gaza provinces namely Al-Shifa hospital, Nasser Hospital, and European Gaza Hospital.

The researcher used the following ***instruments*** for data collection:

Mental Health Scale, prepared by the researcher.

Performance appraisal form accredited by Ministry of Health.

For data analysis, the researcher used the following ***statistical procedures***: frequencies, percentage, Pearson Correlation test, T. test, ANOVA test, scheffe test for multiple comparisons.

The results of the study were:

1. There are variations in the level of mental health among nurses in the favor of male nurses in the total score of the scale and the personal dimension, and the social dimension, but there are no variations in the professional dimension and the religious dimension.
2. There are no variations in performance among nurses. The performance level was high (m = 87.83).
3. There is no significant relationship between mental health and performance of nurses.